

Université de Sherbrooke

**Une recherche participative sur les déterminants sociaux et psychosociaux de la santé
avec des adultes ayant un faible revenu**

Par
Caroline H.-Y. Wang
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M. Sc.)
en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada
Août 2017

Membres du jury d'évaluation
Christine Loignon, Ph. D., directrice, Programme recherche en sciences de la santé
Catherine Hudon, M.D., Ph. D., directrice, Programme recherche en sciences de la santé
Karine Bertrand, Ph. D., évaluatrice interne, Programme recherche en sciences de la santé
Isabelle Laurin, Ph. D., évaluatrice externe, Département de médecine sociale et
préventive, École de santé publique, Université de Montréal

© Caroline H.-Y. Wang, 2017

Sommaire

Une recherche participative sur les déterminants sociaux et psychosociaux de la santé avec des adultes ayant un faible revenu

Par

Caroline H.-Y. Wang

Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction : Une faible situation sociale est associée à un risque accru de mortalité et morbidité. Plusieurs facteurs ont été étudiés en lien avec cette association, mais un mécanisme proposé par Tarlov (1996), soit la dissonance entre les attentes et la réalité, n'a pas été investigué. De plus, peu d'études ont examiné en profondeur les facteurs sociaux et psychosociaux influençant la santé avec la participation des personnes vivant la pauvreté et l'exclusion sociale.

Objectifs et méthodologie : Cette étude vise à identifier et à décrire les facteurs nuisant à la santé d'adultes ayant un faible revenu, les stratégies et actions de ces personnes en lien avec ces facteurs et les effets de la participation pour ces personnes. Cette étude a utilisé une approche de recherche participative et une méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire. Les participants et participantes étaient huit adultes ayant un faible revenu, fréquentant un organisme communautaire en milieu urbain. Ces personnes ont participé à huit rencontres de groupe, comprenant des activités comme la présentation d'images ou d'histoires représentatives et le jeu de rôle. Ces personnes ont aussi participé à l'analyse thématique des données, incluant cinq rencontres de groupe.

Résultats et conclusions : Cette étude identifie un nouveau facteur psychosocial, soit la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie. Cette dissonance génère un profond mal-être et suit la perte ou la non atteinte de l'idéal de situation. Les autres facteurs identifiés soutiennent ceux d'études précédentes et sont groupés sous les thèmes du manque d'amour et de soutien tôt dans la vie et de la situation actuelle comme prison sociale. Cette étude identifie aussi un effet important de la participation, peu rapporté dans les études participatives, soit les découvertes personnelles ou une meilleure compréhension de soi dans le monde. L'approche de recherche participative combinée à la méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire permet les découvertes personnelles et peut être un moyen d'accompagner les personnes vivant un profond mal-être. Les actions, interventions et politiques devraient permettre aux personnes de réaliser leur idéal de situation et de répondre aux besoins d'amour et de soutien des enfants.

Mots-clés : déterminant social, facteur psychosocial, identité, santé, pauvreté, stratégie d'ajustement, participation, recherche participative

Summary

A participatory study of social and psychosocial determinants of health with low-income adults

By
Caroline H.-Y. Wang
Health Sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction: Poor social circumstances, including low social status, are associated with a higher risk of mortality and morbidity. Many factors have been studied in relation to this association, but a mechanism advanced by Tarlov (1996) concerning dissonance between expectations and reality has not been investigated. Moreover, few studies have examined in depth social and psychosocial factors influencing health, with the participation of people living in poverty and social exclusion.

Objectives and methodology: This study aims to identify and describe the factors harming the health of low-income adults; the strategies and actions used by low-income adults, which are linked to these factors; and the effects on the participants of participation in the study. This study used a participatory research approach and a problem-posing method based on Freire's pedagogy. The participants were eight low-income adults using food bank services provided by a community organization in an urban setting. They participated in eight group meetings, which included activities such as presentation of representative stories or images and role-playing. They also participated in the data analysis, during five additional meetings.

Results and conclusions: This study identifies a new psychosocial factor, namely, the dissonance between current perceived circumstances and one's ideal of circumstances conceived early in life. This dissonance generates profound malaise and follows a loss or a failure to achieve the ideal of circumstances. Other factors identified support those from previous studies and are grouped into two themes: lack of love and support from an early age, and current circumstances as a trap. This study also identifies an important and under-reported outcome of participation, which is the experience of personal discoveries or a better understanding of the self in the world. A participatory research approach combined with a problem-posing method based on Freire's pedagogy enables personal discoveries and might be a means for accompanying people with profound malaise. Actions, interventions, and policies should enable people to achieve their ideal of circumstances and to respond to children's needs for love and support.

Keywords: social determinant, psychosocial factor, identity, health, poverty, coping strategy, participation, participatory research

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique	1
1.2	Objectifs et portée de l'étude	3
1.3	Retombées anticipées.....	3
1.4	Présentation du mémoire	4
2	Recension des écrits	5
2.1	La pauvreté, l'exclusion sociale et la santé.....	5
2.2	Les facteurs sociaux et psychosociaux	9
2.3	Les études participatives et qualitatives	17
3	Objectifs et méthodologie.....	40
3.1	Les objectifs de recherche.....	40
3.2	Les fondements méthodologiques	41
3.3	Synthèse du chapitre	42
4	Méthode (complément à l'article)	43
4.1	La collaboration avec l'organisme communautaire.....	43
4.2	Le recrutement des participants et participantes.....	44
4.3	La détermination des objectifs de recherche	45
4.4	La collecte des données	45
4.5	L'analyse des données	49
4.6	La présentation des résultats	52
4.7	Les considérations éthiques	53
4.8	Synthèse du chapitre	55
5	Résultats (article) : les facteurs influençant la santé	56
5.1	Avant-propos	56
5.2	Résumé	57
5.3	<i>Abstract</i>	58
5.4	<i>Introduction</i>	59
5.5	<i>Method</i>	61

5.6	<i>Results</i>	66
5.7	<i>Discussion</i>	74
5.8	<i>References</i>	78
5.9	Synthèse du chapitre	82
6	Résultats additionnels : les effets de la participation	83
6.1	Les découvertes personnelles	83
6.2	Les expériences positives	85
6.3	Les expériences négatives.....	86
6.4	Synthèse du chapitre	88
7	Discussion	89
7.1	La contribution de l'étude à la compréhension des facteurs influençant la santé... 89	
7.2	La contribution de l'étude à la compréhension des effets de la participation..... 97	
7.3	Les apprentissages sur l'approche de recherche et les méthodes participatives..... 99	
7.4	Les forces et limites de l'étude	102
7.5	Les retombées de l'étude	104
8	Conclusion	108
	Liste des références	110
	Annexes	119
	Annexe 1 Liste des mots-clés pour la recherche d'études participatives et qualitatives 120	
	Annexe 2 Résultats des études participatives et qualitatives recensées..... 121	
	Annexe 3 Participation des adultes ayant un faible revenu dans les études participatives recensées	125
	Annexe 4 Extrait du prospectus pour le recrutement des participants et participantes . 127	
	Annexe 5 Liste des codes et groupes relatifs aux facteurs nuisant à la santé des participants et participantes	128
	Annexe 6 Citations du code « Écart entre la situation actuelle et la situation passée ou idéale ».....	135

Liste des tableaux

Tableau 1 Aperçu des études participatives et qualitatives recensées	21
Tableau 2 Facteurs influençant négativement la santé dans les études participatives et qualitatives recensées.....	22
Tableau 3 Stratégies et actions de la vie quotidienne dans les études participatives et qualitatives recensées.....	30
Tableau 4 Aperçu des études participatives recensées et de la participation des adultes ayant un faible revenu.....	33
Tableau 5 Participation à la recherche dans les études participatives recensées	35
Tableau 6 Participation à l'action dans les études participatives recensées	36
Tableau de l'article	
Table 1 <i>Self-Reported Characteristics of Participants</i>	63

Liste des figures

Figure de l'article

Figure 1 *Three Main Themes and Sub-Themes for Social and Psychosocial Issues Reported by Participants as Harming Their Health* 67

Aux participantes et participants

*Si chacun apporte ses idées, pour améliorer, pour résoudre quelque chose
de la santé de chacun, c'est beau pour le groupe, pour chacun.
Parce qu'on va trouver qu'est-ce qu'on peut faire.
– Une participante*

Remerciements

Je remercie les participants et participantes, qui ont donné de leur temps et partagé leurs expériences et perceptions. Ce projet n'aurait pas été possible sans vous. J'ai appris avec vous et je vous en suis reconnaissante.

Je remercie l'organisme partenaire de ce projet. En particulier, je remercie les directrices pour avoir permis la collaboration entre l'organisme et ce projet. Je remercie également les responsables des activités de sécurité alimentaire pour votre soutien dans la réalisation du travail de recherche à l'organisme.

Je remercie mes directrices de recherche, Christine Loignon et Catherine Hudon, pour votre confiance, votre soutien et votre accompagnement dans le processus de recherche.

Je remercie Denis Rancourt pour ton accompagnement dans la pratique de la pédagogie de Freire. Je remercie Joseph Hickey et Denis Rancourt pour nos échanges sur ce projet et pour votre aide dans le processus de rédaction.

Je reconnais le soutien financier sous forme d'une Bourse à la maîtrise des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne de la recherche en diététique.

Avant-propos

Ce projet de recherche émerge de ma pratique comme nutritionniste et diététiste au sein d'un groupe de médecine de famille. Je constatais entre autres que la difficulté des personnes à prendre soin d'elles-mêmes relevait davantage de circonstances de vie matérielles ou sociales difficiles que d'un manque d'éducation en santé. Parallèlement, je découvrais la pédagogie de Freire (1978, 1996), une méthode d'enseignement propre à une philosophie de l'éducation comme pratique de libération et non comme instrument de domination. Ces constats et découvertes sont à l'origine de ce projet de recherche.

Ce mémoire est rédigé selon l'orthographe traditionnelle plutôt que l'orthographe rectifiée. Il est aussi rédigé selon les principes généraux de rédaction épïcène, pour représenter les genres de manière équitable.

1 Introduction

L'intérêt national et international est croissant pour comprendre et intervenir à l'égard des déterminants sociaux de la santé. Entre autres, l'Organisation mondiale de la Santé a créé en 2005 la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (2009). Le Canada a contribué aux travaux de cette Commission et établi le Groupe de référence canadien, rebaptisé en 2012 le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (s. d.). La présente étude s'inscrit dans cet effort national et international en examinant les facteurs sociaux et psychosociaux influençant la santé des adultes ayant un faible revenu, avec la participation de ces personnes.

1.1 Problématique

La pauvreté et l'exclusion sociale limitent l'autonomie économique et la participation à la société (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2015; Lister, 2004). Au Québec et au Canada, environ 15 % des adultes de moins de 65 ans ont un faible revenu (Statistique Canada, 2013). Au Québec, plus d'un quart des personnes ayant un faible revenu n'ont pas un soutien social élevé (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2015). Une faible situation sociale, celle-ci incluant la position sociale et les circonstances sociales, est associée à un risque accru de mortalité, de détresse psychologique et de maladies chroniques (Holt-Lunstad et coll., 2010; Mitra et coll., 2015; Orpana et coll., 2009; Stringhini et coll., 2017; Tjepkema et coll., 2013; Valtorta et coll., 2016). Cette association est particulièrement préoccupante pour les personnes vivant en situation de pauvreté et d'exclusion sociale, comme les adultes ayant un faible revenu. Cette association serait principalement due aux facteurs sociaux et psychosociaux (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2009; Marmot et Sapolsky, 2014).

Les facteurs psychosociaux sont les phénomènes psychologiques potentiellement liés à l'environnement social et aux changements physiologiques pathologiques (Hemingway et Marmot, 1999). Les facteurs psychosociaux ayant été examinés pour expliquer l'association entre la situation sociale et la santé sont : le stress psychologique et le manque de contrôle, le manque de soutien et d'intégration et les états et émotions négatives (Everson-Rose et Lewis, 2005; Matthews et coll., 2010). Tarlov (1996) a

proposé, sans preuve empirique, un mécanisme par lequel la situation sociale influencerait la santé : la dissonance entre les attentes et la réalité, provenant de l'observation et l'expérience d'inégalités sociales, pourrait induire des changements physiologiques pathologiques. Ce mécanisme ne semble pas avoir été investigué ultérieurement, contrairement aux facteurs psychosociaux énumérés précédemment. En utilisant une approche de recherche participative, la présente étude a identifié et approfondi un nouveau facteur psychosocial similaire au mécanisme proposé par Tarlov (1996), soit la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie.

L'approche de recherche participative vise à comprendre et à transformer les situations injustes, avec la participation des personnes concernées (Brydon-Miller et coll., 2011; Park, 1993). Cette approche permet la participation des personnes à la recherche, à l'action et à l'éducation et permet les méthodes qualitatives et participatives. Cette approche pourrait permettre une compréhension approfondie des situations et perceptions, tant par et pour les personnes elles-mêmes que pour la recherche (Freire, 1982). Peu d'études participatives ont examiné en profondeur les facteurs sociaux et psychosociaux influençant la santé avec des personnes vivant la pauvreté et l'exclusion sociale. Aucune étude participative ou qualitative ayant impliqué ces personnes et examiné les facteurs sociaux et psychosociaux influençant leur santé n'a identifié un facteur ou mécanisme similaire à celui proposé par Tarlov (1996).

Les études participatives et qualitatives ayant impliqué des adultes ayant un faible revenu ont identifié et décrit des facteurs sociaux et psychosociaux influençant négativement la santé de ces personnes. Les principaux facteurs identifiés étaient : le manque de relations sociales de qualité, en plus du manque d'argent et des conditions matérielles et sociales associées, le stress, la dépression et la faible estime de soi (Baker Collins, 2005; Baranowski, 1999; Bermúdez-Millán et coll., 2011; Chircop, 2010; Doornbos et coll., 2013; Kaplan et coll., 2013; McAll et coll., 2012; Raphael, 2011; Reid, 2002; Young et Wharf Higgins, 2010). Dans ces études, les facteurs psychosociaux ont été moins bien examinés que les facteurs sociaux. De plus, les expériences négatives vécues tôt dans la vie ont été peu identifiées comme facteur.

En somme, les facteurs sociaux et psychosociaux influençant négativement la santé ont été peu investigués en profondeur avec la participation des adultes ayant un faible

revenu. Une meilleure compréhension de ces facteurs permettrait d'orienter les actions, interventions et politiques à l'égard des facteurs influençant la santé.

1.2 Objectifs et portée de l'étude

L'objectif général de cette étude est de mieux comprendre ce qui influence la santé des adultes ayant un faible revenu, avec la participation de ces personnes. Les objectifs spécifiques sont d'identifier et de décrire : (a) les facteurs nuisant à la santé de ces personnes, en particulier les facteurs sociaux et psychosociaux; (b) les stratégies et actions de ces personnes en lien avec les facteurs identifiés; et (c) les effets de la participation pour ces personnes, en particulier leurs apprentissages. Ici, les stratégies correspondent à ce qui est fait pour s'ajuster à la situation sociale vécue, sans transformer celle-ci, et les actions correspondent à ce qui est fait pour résister ou se mobiliser, en vue de transformer la situation sociale vécue.

La présente étude porte principalement sur les facteurs sociaux et psychosociaux nuisant à la santé des adultes ayant un faible revenu en milieu urbain d'un pays développé. Une approche de recherche participative et une méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire ont été utilisées pour permettre la participation de ces personnes et pour mieux comprendre ce qui nuit à leur santé.

1.3 Retombées anticipées

La principale retombée anticipée de cette étude est de contribuer à la compréhension des facteurs influençant la santé, en particulier des facteurs psychosociaux, en clarifiant ces facteurs ou en identifiant de nouveaux facteurs. Cette retombée pourrait contribuer au développement des actions, interventions et politiques en santé.

Une autre retombée anticipée de cette étude est de contribuer à la compréhension des effets de la participation dans les études participatives. Cette retombée pourrait contribuer au développement de l'approche de recherche participative.

1.4 Présentation du mémoire

Ce mémoire comporte huit chapitres, incluant l'introduction et la conclusion. Le chapitre 2 présente l'état des connaissances sur les facteurs influençant la santé, en particulier en lien avec la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le chapitre 3 présente les objectifs et la méthodologie de la présente étude. Le chapitre 4 présente un complément à la méthode de recherche décrite dans l'article scientifique au chapitre suivant. Le chapitre 5 présente la méthode et les résultats de recherche par l'intermédiaire d'un article scientifique rédigé en anglais. Les résultats de ce chapitre portent sur les facteurs sociaux et psychosociaux et les stratégies et actions de la vie quotidienne. Le chapitre 6 présente des résultats additionnels portant sur les effets de la participation pour les participants et participantes.

Le chapitre 7 examine un nouveau facteur psychosocial pouvant contribuer à la compréhension des facteurs influençant la santé. Ce chapitre examine aussi un effet de la participation ayant été peu rapporté dans les études participatives. En plus, ce chapitre rapporte des apprentissages personnels sur l'approche de recherche et les méthodes participatives et présente les forces et limites et les retombées de l'étude. Le chapitre 8 clôt le présent travail et propose des avenues de recherche et de pratique.

2 Recension des écrits

Ce chapitre présente l'état des connaissances sur les facteurs influençant la santé, en particulier en lien avec la pauvreté et l'exclusion sociale. Il présente en trois sections : (a) le lien entre la pauvreté, l'exclusion sociale et la santé; (b) la contribution des études d'observation et expérimentales pour comprendre les facteurs influençant la santé; et (c) la contribution des études participatives et qualitatives pour comprendre ces facteurs, selon les expériences et perceptions des adultes ayant un faible revenu. Les lacunes dans la compréhension des facteurs influençant la santé et dans les approches de recherche sont identifiées.

2.1 La pauvreté, l'exclusion sociale et la santé

La pauvreté et l'exclusion sociale sont une réalité au Québec et au Canada et sont associées à une moins bonne santé. Cette section présente cette réalité et le lien avec la santé.

La pauvreté et l'exclusion sociale

Selon l'article 2 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (Québec, 2017), la pauvreté est « la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration et sa participation à la société ». Le manque de ressources empêche d'obtenir les conditions de vie matérielles et sociales qui sont la norme dans la société et de satisfaire ainsi aux exigences d'appartenance à cette société (Townsend, 1993). Les conditions matérielles sont : la nourriture, les vêtements, le logement, les commodités, les conditions de lieu, d'environnement et de travail et les infrastructures. Les conditions sociales sont la participation ou l'accès à : l'emploi, la profession, l'éducation, les loisirs et les activités et relations sociales. La pauvreté n'implique pas seulement des aspects économiques, mais aussi des aspect relationnels et symboliques comme : le non respect et la non reconnaissance, l'humiliation, la honte et le stigma, l'atteinte à la dignité et à l'estime de

soi, le déni des droits humains, un pouvoir citoyen réduit, une perte de voix et une impuissance (Lister, 2004).

Les mesures de faible revenu, comme le seuil de faible revenu, la mesure de faible revenu et la mesure du panier de consommation, souvent utilisées dans les études sur la pauvreté, ne mesurent qu'un aspect de la pauvreté (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2009). Bien que la pauvreté ne corresponde pas uniquement au faible revenu, ce mémoire utilise le terme de faible revenu comme indicateur d'une situation sociale englobant la pauvreté et l'exclusion sociale ainsi qu'une faible position sociale.

Le concept d'exclusion sociale met en lumière des aspects du concept de pauvreté (Lister, 2004). L'exclusion sociale correspond à la mise à l'écart dans la société en raison de processus économiques, politiques, institutionnels ou culturels (Lechaume et Savard, 2015). L'exclusion sociale peut se mesurer selon des indicateurs relatifs aux conditions matérielles, à la santé, au travail et à l'emploi, à l'éducation et aux réseaux personnels et institutionnels. L'exclusion sociale associée à la pauvreté peut limiter les possibilités de maintenir l'autonomie économique et affecter l'identité sociale, la santé, l'éducation et la participation au marché du travail et aux réseaux de relations sociales.

La position sociale est la position dans la hiérarchie sociale, la place ou le rang occupé dans la société (Ribet et coll., 2007). Elle correspond au pouvoir, au prestige et aux ressources économiques. Elle se mesure souvent par la catégorie professionnelle, le niveau de scolarité ou le niveau de revenu. La position sociale est un aspect de la situation sociale.

La situation sociale comprend la position sociale et d'autres aspects comme la pauvreté et l'exclusion sociale, les événements de vie, les réseaux sociaux et le soutien social (Ribet et coll., 2007). Dans ce mémoire, le terme de situation sociale comprend la position sociale et les circonstances sociales, incluant les conditions et expériences de vie matérielles et sociales.

La réalité au Québec et au Canada. Au Québec et au Canada, le faible revenu concerne respectivement 16,0 et 14,4 % des personnes âgées de 18 à 64 ans (807 240 et 3 044 390 personnes), cette tranche d'âge comptant le nombre le plus élevé de personnes

ayant un faible revenu (en 2010, selon la mesure de faible revenu après impôt¹, Statistique Canada, 2013). Le faible revenu concerne particulièrement les Autochtones, les femmes, les parents uniques, les minorités visibles, les nouveaux immigrants et les personnes vivant seules, ayant des incapacités ou bénéficiant de l'assistance sociale (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2014; Raphael, 2011).

Au Québec, 319 382 ménages bénéficient de l'aide financière de dernier recours² et reçoivent en moyenne 748,86 \$ par mois, soit 8 986,32 \$ par année (en septembre 2014, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2014). De ces ménages, les deux tiers bénéficient de l'aide sociale et présentent ou non des contraintes temporaires à l'emploi.

Le faible revenu génère des préoccupations matérielles, en particulier concernant le logement et l'alimentation. Au Québec, les familles ayant un faible revenu consacrent en moyenne les deux tiers de leur revenu disponible au paiement de leur loyer (en 2010, Lechaume et Savard, 2015). Quant à l'alimentation, 39,4 % des ménages ayant un faible revenu ont souvent ou parfois peur de manquer de nourriture pour des raisons financières (en 2011-2012). Aussi, 163 152 personnes ont recours aux banques alimentaires, ce qui représente une augmentation de 27,9 % comparativement à 2008, soit avant la crise économique mondiale (en mars 2015, Banques alimentaires Canada, 2015). Parmi les personnes ayant recours aux banques alimentaires, la majorité bénéficient de l'aide financière de dernier recours (64,7 %), la majorité sont locataires de logement (87,6 %) et plusieurs vivent seules (45,4 %).

L'exclusion sociale s'observe par l'exclusion du marché du travail parfois involontaire. Au Québec, 13,1 % des personnes sans emploi cherchent un emploi depuis au moins un an et 4,5 % des personnes en emploi ont un emploi à temps partiel de manière involontaire (en 2013, Lechaume et Savard, 2015). L'exclusion sociale s'observe aussi par un soutien social faible ou modéré. Au Québec, 26,2 % des personnes ayant un faible revenu ne disposaient pas d'un soutien émotionnel ou informationnel élevé,

¹ La mesure de faible revenu après impôt correspond à 50 % de la médiane du revenu ajusté après impôt des ménages (Statistique Canada, 2013). L'ajustement est fait en fonction de la taille du ménage. Cette mesure permet les comparaisons internationales (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2014).

² Au Québec, les Programmes d'assistance sociale comprennent les Programmes d'aide financière de dernier recours et le Programme alternative jeunesse; les Programmes d'aide financière de dernier recours comprennent le Programme d'aide sociale et le Programme de solidarité sociale et sont destinés respectivement aux personnes sans et avec contraintes sévères à l'emploi (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2014).

comparativement à environ 10 % dans l'ensemble de la population (en 2009-2010, Lechaume et Savard, 2015). Ainsi, la pauvreté et l'exclusion sociale sont des situations sociales présentes au Québec et au Canada.

La santé

Selon la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (2014), la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou de handicap, mais « un état de complet bien-être physique, mental et social » (p. 1). Autrement dit, la santé est un état de bien-être de la personne, en lien avec son environnement. Elle peut se mesurer selon des indicateurs relatifs au bien-être (santé perçue, estime de soi), aux problèmes de santé (symptômes, maladies), à la fonction humaine (incapacité, limitation) et au décès (mortalité, espérance de vie) (Statistique Canada, 2008).

La santé est associée à la position sociale et cette association forme un gradient : la santé se détériore à mesure que la position sociale diminue (Adler et Stewart, 2010). Cette association est observée depuis longtemps et persiste jusqu'à présent. Par exemple, en Angleterre et au pays de Galles, le taux de mortalité pour la période de 1861 à 1870 augmentait avec la densité de la population et l'insalubrité des conditions, pour chaque groupe d'âge et de sexe (Farr, dans Humphreys, 1885). Pour la même région, le classique rapport Black rapportait que le taux de mortalité pour la période de 1970 à 1972 augmentait à mesure que la catégorie professionnelle diminuait, pour chaque groupe d'âge et de sexe (Working Group on Inequalities in Health, 1980). Dans une récente méta-analyse incluant 48 études prospectives et 1,7 millions d'adultes de sept pays (Royaume-Uni, France, Suisse, Portugal, Italie, États-Unis et Australie), le risque de mortalité était plus élevé chez les hommes et les femmes de faible catégorie professionnelle (respectivement 1,42 et 1,34 fois plus élevé) que chez les hommes et les femmes de catégorie professionnelle élevée (Stringhini et coll., 2017). Le risque de mortalité augmentait à mesure que la catégorie professionnelle diminuait et persistait indépendamment des facteurs de risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique, le diabète, l'hypertension et l'obésité. Au Canada, le taux de mortalité, le taux d'incidence du cancer du poumon et le risque de détresse psychologique pour des périodes variant de 1991 à 2007 augmentaient à mesure que le niveau de revenu, de scolarité ou de profession diminuait,

chez les hommes et les femmes (Mitra et coll., 2015; Orpana et coll., 2009; Tjepkema et coll., 2013).

L'association entre la position sociale et la santé est particulièrement préoccupante pour les personnes ayant une faible position sociale comme les adultes ayant un faible revenu, vivant la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette association serait principalement attribuable aux facteurs sociaux et psychosociaux (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2009; Marmot et Sapolsky, 2014).

2.2 Les facteurs sociaux et psychosociaux

Les déterminants de la santé sont les facteurs ayant des conséquences directes ou indirectes sur la santé (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2009). Parmi les facteurs pouvant influencer la santé, les facteurs sociaux et psychosociaux auraient une influence particulièrement importante. Par exemple, l'Institut canadien de recherches avancées a estimé la contribution à la santé de l'environnement physique (environnement bâti, qualité de l'air et de l'eau) à 10 %, de la génétique et la biologie à 15 %, des soins de santé à 25 % et de l'environnement économique et social à 50 % (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2001, 2009). Une estimation plus récente établissait la contribution à la santé de l'environnement physique (qualité de l'air et de la nourriture) à 10 %, des soins de santé à 20 %, des comportements de santé à 30 % et de l'environnement économique et social (éducation, emploi, pauvreté, inégalité de revenu, soutien social, crime violent) à 40 % (Booske et coll., 2010).

Des études d'observation longitudinales ont aussi rapporté l'importance des facteurs sociaux et psychosociaux pour la santé, comparativement à d'autres facteurs. Dans la récente méta-analyse incluant 48 études prospectives et 1,7 millions d'adultes, la faible catégorie professionnelle était associée à un risque de mortalité comparable ou plus élevé que celui associé à l'inactivité physique, la consommation d'alcool, l'hypertension ou l'obésité, mais plus faible que celui associé au tabagisme ou au diabète (Stringhini et coll., 2017). Dans une autre méta-analyse incluant 148 études et 308 849 adultes suivis en moyenne 7,5 ans, l'influence des faibles relations sociales sur le risque de décès était comparable à celle de facteurs comme le tabagisme ou la consommation d'alcool et était

plus élevée que celle de facteurs comme l'inactivité physique ou l'obésité (Holt-Lunstad et coll., 2010). Enfin, dans la classique étude de cohorte Whitehall II menée auprès de 10 308 fonctionnaires britanniques, la contribution du faible contrôle au travail subjectif dans l'association entre la faible catégorie professionnelle et l'incidence de maladie cardiaque coronarienne était plus grande que celle des facteurs de risque coronariens classiques (tabagisme, sédentarité, hypertension, cholestérol, surpoids) et de la petite taille (comme marqueur possible des influences tôt dans la vie), alors que le faible soutien social (faible soutien émotionnel, faible soutien pratique, caractéristiques négatives élevées, petit réseau social) ne contribuait pas à cette association (Marmot et coll., 1997). Ainsi, les facteurs sociaux et psychosociaux auraient une influence sur la santé particulièrement importante, comparativement à d'autres facteurs. Les facteurs sociaux sont d'abord examinés, suivis des facteurs psychosociaux.

Les facteurs sociaux

Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs sociaux influençant la santé, contribuant ou détériorant la santé (Graham, 2004). Ils se distinguent des mécanismes ou facteurs structurels, ceux-ci étant les mécanismes économiques, politiques, institutionnels et culturels qui déterminent la répartition du pouvoir, du prestige et des ressources économiques et la position sociale des personnes (Graham, 2004; Solar et Irwin, 2010). Les facteurs sociaux englobent la position sociale et les conditions de vie et de travail associées ainsi que les réseaux sociaux (Graham, 2004). Ils comprennent le revenu et la position sociale, les conditions d'emploi et de travail, l'éducation, les réseaux de soutien social et les expériences vécues tôt dans la vie³ (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2001, 2009; Solar et Irwin, 2010). Bien que le lien causal entre le revenu ou l'éducation et la santé n'ait pas été bien démontré dans les études expérimentales, quasi-expérimentales et d'observation longitudinales, ces études suggèrent que l'augmentation du revenu des personnes ayant un faible revenu, tout comme la scolarité, est associée à une amélioration de la santé (Kawachi et coll., 2010). Les facteurs sociaux influenceraient la santé par l'intermédiaire de facteurs psychosociaux (Marmot et

³ La qualité de l'eau, de la nourriture et de l'environnement bâti n'est pas considérée ici comme un facteur social, mais comme un facteur de l'environnement physique (voir les données présentées précédemment).

Sapolsky, 2014; Matthews et coll., 2010). Avant d'examiner ces derniers, les expériences vécues tôt dans la vie sont abordées.

Les expériences vécues tôt dans la vie. Les expériences sociales négatives vécues tôt dans la vie seraient particulièrement délétères pour la santé ultérieure (Tost et coll., 2015). Par exemple, l'expérience de négligence au-delà des six premiers mois de vie était associée aux problèmes ultérieurs dans l'enfance relatifs à la cognition, le comportement, l'émotion et la relation avec les autres (Kreppner et coll., 2007). Aussi, l'expérience d'abus émotionnel, physique et sexuel et de dysfonction familiale dans l'enfance était associée aux problèmes à l'âge adulte relatifs à la santé mentale, la santé physique, la consommation de substances, la sexualité, l'émotion et la relation avec les autres et aux problèmes de mémoire dans l'enfance (Anda et coll., 2006). Dans les études animales, le manque de soins maternels tôt dans la vie altérait l'expression des gènes, activait l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien et la sécrétion de corticostérone et diminuait les capacités de mémoire et d'apprentissage (Hertzman et Boyce, 2010).

La pauvreté ou une faible position sociale dans l'enfance a aussi été associée à une moins bonne santé ultérieure (Shuey et Willson, 2014; Spencer et coll., 2013). Cependant, cette association pourrait être influencée par les expériences sociales négatives vécues dans l'enfance. En effet, dans une étude transversale, la faible position sociale dans l'enfance (niveau de scolarité parentale) était associée au dysfonctionnement métabolique à l'âge adulte, directement et par l'intermédiaire d'expériences sociales négatives vécues dans l'enfance (faible sentiment d'amour et d'affection, faible démonstration d'affection physique, abus verbal ou physique, autres) et de facteurs psychosociaux à l'âge adulte (dépression, hostilité, faibles contacts sociaux positifs, contacts sociaux négatifs élevés) (Lehman et coll., 2005). L'association la plus forte était celle entre les expériences sociales négatives vécues dans l'enfance et les facteurs psychosociaux à l'âge adulte. Ainsi, les expériences sociales négatives vécues tôt dans la vie auraient des effets particulièrement négatifs sur la santé ultérieure.

Les facteurs psychosociaux

Les facteurs psychosociaux sont les phénomènes psychologiques potentiellement liés à l'environnement social et aux changements physiologiques pathologiques (Hemingway et Marmot, 1999). Les changements physiologiques pathologiques correspondent à une réponse physiologique sévère ou prolongée ou une absence de réponse (McEwen et coll., 2015; Sapolsky, 2015). Ce type de réponse a des effets neurobiologiques délétères. La réponse physiologique est une réponse de l'organisme aux demandes ou « stressseurs », ceux-ci pouvant être physiques ou psychologiques comme la cicatrisation ou la perte de contrôle (Sapolsky, 2015; Seyle, 1978). La réponse physiologique implique l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système métabolique ainsi que l'altération de l'expression des gènes (McEwen et coll., 2015).

Les facteurs psychosociaux ayant été étudiés en relation avec la situation sociale et la santé sont : le stress psychologique et le manque de contrôle, le manque de soutien et d'intégration et les états et émotions négatives (Everson-Rose et Lewis, 2005; Matthews et coll., 2010).

Le stress psychologique et le manque de contrôle. Le stress psychologique est une interaction entre la personne et son environnement, interaction évaluée par la personne comme « excédant ses ressources et menaçant son bien-être » ou comme « stressant » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 19). Dans le processus d'évaluation de l'interaction, la personne évalue la situation et ses ressources personnelles et sociales (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014; Lazarus et Folkman, 1984). De ce processus d'évaluation découle un processus ou des stratégies d'ajustement où la personne gère les demandes internes ou externes évaluées comme stressantes et les émotions qu'elles génèrent, en modifiant sa cognition ou ses comportements.

Les notions de stress perçu, contrôle perçu et soutien perçu peuvent correspondre au processus d'évaluation de l'interaction (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Par exemple, l'échelle de stress perçu mesure « le degré auquel les situations de la vie d'une personne sont évaluées comme stressantes » ou non prévisibles, incontrôlables et excessives (Cohen et coll., 1983, p. 387). D'autres mesures de « stress » ne mesurent pas le

stress perçu, mais l'occurrence d'événements de vie majeurs ou mineurs, comme les soucis quotidiens (Quintard, 2001).

Bien que les mesures de stress aient été associées à la position sociale et à la santé, Matthews et coll. (2010) ont trouvé que le rôle médiateur⁴ du stress perçu ou des événements de vie dans l'association entre la position sociale et la santé n'était pas bien soutenu par les études, contrairement aux mesures de contrôle (contrôle au travail, locus de contrôle, croyances de contrôle). Plusieurs soutiennent que le concept de stress est peu précis et qu'il est préférable d'utiliser et d'examiner des concepts plus précis (Kuper et coll., 2002; Matthews et Gallo, 2011). Aussi, Matthews et coll. (2010) ont conclu que des études examinant plus précisément les expériences psychosociales sont nécessaires en complément des études épidémiologiques.

Des modèles plus précis que celui du stress ayant été étudiés sont ceux portant sur les caractéristiques psychosociales au travail (Kuper et coll., 2002). Plusieurs études prospectives ont montré une association entre la contrainte au travail (demandes élevées et faible contrôle) ou particulièrement le faible contrôle et l'incidence de maladie cardiaque coronarienne ou la mortalité (Everson-Rose et Lewis, 2005; Kuper et coll., 2002). D'autres études ont montré une association entre le déséquilibre des efforts (demandes élevées ou implication élevée) et des récompenses (faible salaire, faible estime, peu d'opportunités de carrière ou insécurité d'emploi) ou l'insécurité d'emploi et l'incidence de maladie cardiaque coronarienne.

Ainsi, le manque de contrôle serait un concept plus précis que celui du stress psychologique et son rôle médiateur dans l'association entre la position sociale et la santé serait mieux soutenu par les études.

Le manque de soutien et d'intégration. Les relations sociales sont souvent auto-évaluées (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Elles peuvent être mesurées en termes de fonction, par le soutien (émotionnel, informationnel, tangible ou d'appartenance, reçu ou disponible) ou la solitude (sentiment d'isolement, de non connexion et de non appartenance), ou en termes de structure, par le réseau social (taille du réseau, nombre de

⁴ Un médiateur est influencé par la variable indépendante, influence la variable dépendante et réduit l'association entre la variable indépendante et la variable dépendante (Baron et Kenny, 1986). Ici, la variable indépendante serait la position sociale et la variable dépendante serait la santé.

contacts), l'intégration sociale (participation à diverses activités et relations sociales et sentiment de communauté et d'identité sociale), l'isolement social (manque de contact social, de participation aux activités sociales ou d'une personne à qui se confier), le statut marital ou le fait d'habiter avec d'autres personnes ou non (Holt-Lunstad et coll., 2010).

Des lacunes réelles ou perçues dans les relations sociales ont été associées à un risque accru de morbidité et mortalité. Dans une méta-analyse incluant 19 études d'observation longitudinales, la solitude et l'isolement social étaient associés à un risque accru de développer une maladie cardiaque coronarienne ou un accident vasculaire cérébral (respectivement 29 % et 32 % d'augmentation du risque de l'incidence) (Valtorta et coll., 2016). Dans une autre méta-analyse incluant 148 études et 308 849 adultes suivis en moyenne 7,5 ans, de faibles relations sociales étaient associées à une mortalité accrue (Holt-Lunstad et coll., 2010). Plusieurs études prospectives ont montré une association forte ou modérée entre le faible soutien social, en particulier émotionnel, et l'incidence de maladie cardiaque coronarienne ou la mortalité (Everson-Rose et Lewis, 2005; Kuper et coll., 2002). De plus, deux études ont soutenu le rôle médiateur d'un agrégat de facteurs (soutien social, estime de soi, optimisme, maîtrise) dans l'association entre la position sociale et la santé métabolique (Matthews et coll., 2010).

Les expériences sociales négatives et la menace à l'estime de soi pourraient aussi être délétères. Une recension d'études utilisant la neuro-imagerie a montré que les expériences sociales négatives, comme l'exclusion ou le rejet de relations sociales, l'évaluation par les autres et l'auto-évaluation négative par comparaison aux autres, activaient les mêmes régions neurales que celles liées à la douleur physique (Eisenberger, 2012). Wilkinson et Pickett (2011) ont avancé que l'évaluation par les autres est une menace à l'estime de soi et que la comparaison aux autres peut mener à une préoccupation de l'image de soi, au sentiment d'infériorité et de honte, à l'anxiété et à une réponse physiologique. Dans les études animales, la réponse physiologique était élevée chez les animaux subissant l'intimidation psychologique, par exemple, par le contact visuel, chez les animaux subissant les actes de domination dans une hiérarchie stable ou chez les animaux ne pouvant éviter les actes de domination (Sapolsky, 2005). Ainsi, le manque de soutien et d'intégration et les caractéristiques négatives perçues des relations sociales auraient des effets négatifs sur la santé.

Les états et émotions négatives. Les états et émotions négatives incluent la dépression, l'anxiété, la colère et l'hostilité (Everson-Rose et Lewis, 2005; Matthews et coll., 2010). Contrairement aux facteurs psychosociaux précédents, les états et émotions négatives ne correspondent pas au processus d'évaluation, mais à un processus émotionnel (Quintard, 2001). Les états et émotions négatives résulteraient des facteurs psychosociaux précédents (Lazarus et Folkman, 1984; Matthews et coll., 2010).

Les états et émotions négatives ont été associés à une moins bonne santé physique. Plusieurs études prospectives ont montré une association forte ou modérée entre la dépression ou les symptômes dépressifs et l'incidence de maladie cardiaque coronarienne ou la mortalité (Everson-Rose et Lewis, 2005; Kuper et coll., 2002). Le désespoir comme symptôme de la dépression serait particulièrement délétère (Everson-Rose et Lewis, 2005). Certaines études prospectives ont montré une association forte ou modérée entre l'anxiété ou l'hostilité et l'incidence de maladie cardiaque coronarienne ou la mortalité (Everson-Rose et Lewis, 2005; Kuper et coll., 2002). Le rôle médiateur des états ou émotions négatives dans l'association entre la position sociale et la santé était soutenu dans six études sur neuf (Matthews et coll., 2010).

En plus des facteurs psychosociaux ayant été étudiés en lien avec la situation sociale et la santé, un mécanisme a été proposé sans être examiné ultérieurement, soit la dissonance entre les attentes et la réalité.

La dissonance entre les attentes et la réalité. Dans un chapitre de livre sur les déterminants sociaux de la santé, Tarlov (1996) a proposé un mécanisme par lequel la situation sociale influencerait la santé : la dissonance entre les attentes et la réalité pourrait induire des changements physiologiques pathologiques. Les attentes proviendraient de l'identité formée tôt dans la vie par l'observation et l'expérience d'inégalités sociales; la réalité proviendrait de l'observation et l'expérience d'inégalités sociales. Tarlov (1996) écrivait : « Lorsque les attentes et la réalité se confrontent, nous spéculons : la chronique, persistante, inévitable dissonance entre ce qu'une personne voudrait faire ou être et ce qui semble réalisable active des signaux biologiques qui précèdent le développement de

maladies chroniques. »⁵ (p. 85). Ce mécanisme proposé sans preuve empirique ne semble pas avoir été examiné ultérieurement. Toutefois, des études méta-analytiques d'études de corrélation ont montré une association entre une importance élevée du rôle du travail ou un désir élevé pour le travail et la détresse psychologique chez les personnes sans emploi (McKee-Ryan et coll., 2005; Paul et Moser, 2006). Ces résultats pourraient appuyer en partie le mécanisme proposé par Tarlov (1996).

Synthèse des facteurs sociaux et psychosociaux

Les facteurs sociaux et psychosociaux influenceraient davantage la santé que des facteurs comme l'environnement physique, la génétique et la biologie, les soins de santé et les comportements de santé (Booske et coll., 2010; Holt-Lunstad et coll., 2010; Marmot et coll., 1997; Marmot et Sapolsky, 2014; Stringhini et coll., 2017). Les expériences sociales négatives vécues tôt dans la vie seraient particulièrement délétères, tout comme les lacunes et menaces dans les relations sociales (Anda et coll., 2006; Eisenberger, 2012; Holt-Lunstad et coll., 2010; Kreppner et coll., 2007; Tost et coll., 2015). Les états et émotions négatives seraient des effets des autres facteurs psychosociaux et auraient des conséquences négatives sur la santé physique (Everson-Rose et Lewis, 2005; Kuper et coll., 2002; Lazarus et Folkman, 1984; Matthews et coll., 2010).

Cependant, les facteurs et mécanismes psychosociaux ne sont pas entièrement identifiés et définis. Entre autres, le mécanisme de la dissonance entre les attentes et la réalité proposé par Tarlov (1996) n'a pas été identifié empiriquement et n'a pas été investigué. De plus, le stress serait un concept peu précis et son rôle médiateur dans l'association entre la position sociale et la santé serait moins bien soutenu par les études que celui du manque de contrôle (Kuper et coll., 2002; Matthews et Gallo, 2011; Matthews et coll., 2010). Comme le suggérait Matthews et coll. (2010), des études permettant un examen plus précis des expériences psychosociales sont nécessaires en complément des études épidémiologiques. En ce sens, les études participatives et qualitatives, en permettant d'examiner les expériences et perceptions individuelles, pourraient contribuer à la compréhension des facteurs influençant la santé.

⁵ « *When expectations and reality clash, we speculate, the chronic, persistent, inescapable dissonance between what a person would like to do or become and what seems accomplishable triggers biological signals that are antecedent of chronic disease development.* » (Tarlov, 1996, p. 85)

2.3 Les études participatives et qualitatives

Les études participatives et qualitatives permettent d'examiner les expériences et perceptions individuelles (Creswell, 2013; Freire, 1982; Lincoln et Guba, 1985). En plus, les études participatives permettent la participation des personnes à la recherche, à l'action et à l'éducation (Brydon-Miller et coll., 2011; Park, 1993). Les études participatives et qualitatives peuvent permettre d'identifier des variables difficilement mesurables, de comprendre de manière plus approfondie et de contribuer à expliquer des mécanismes ou des liens (Creswell, 2013). La participation des personnes, comme les adultes ayant un faible revenu, est nécessaire pour mieux comprendre leurs situations et perceptions (Freire, 1982). La participation des personnes pourrait permettre une compréhension approfondie, par et pour les personnes elles-mêmes et pour la recherche, et d'intervenir en lien avec cette compréhension. L'approche de recherche participative et les méthodes associées sont d'abord présentées, puis les études participatives et qualitatives ayant impliqué des adultes ayant un faible revenu et examiné les facteurs influençant leur santé sont recensées.

L'approche de recherche participative

L'approche de recherche participative ou de recherche-action participative est une approche de recherche qui vise la compréhension et la transformation des situations injustes, avec la participation des personnes concernées (Brydon-Miller et coll., 2011; Park, 1993). Dans cette approche, les personnes ayant moins de pouvoir examinent ensemble leur situation, par elles-mêmes ou en partenariat avec des personnes externes, agissent pour faire progresser leur vie et réfléchissent à leur expérience (Rahman, 2008). L'approche de recherche participative a été influencée par Freire (voir le chapitre suivant) et se distingue de la recherche-action influencée par Lewin et utilisée dans les organisations (Wallerstein et Duran, 2008).

La participation des personnes comprend la participation à la recherche, à l'action et à l'éducation (Brydon-Miller et coll., 2011; Park, 1993). Les personnes participent aux étapes de la recherche, à l'action pour transformer leur situation et à l'apprentissage et à la compréhension par la recherche et l'action.

Les méthodes associées. L'approche de recherche participative peut être utilisée avec des méthodes tant quantitatives que qualitatives (Brydon-Miller et coll., 2011; Park, 1993). Cependant, comparativement aux méthodes quantitatives, les méthodes qualitatives permettent d'identifier et de comprendre les expériences et perceptions individuelles et sont ainsi plus propices pour explorer ou comprendre de manière approfondie une situation (Creswell, 2013; Lincoln et Guba, 1985). Les méthodes qualitatives courantes sont les entrevues individuelles et les groupes de discussion (Fortin, 2010).

Les méthodes quantitatives ou qualitatives peuvent être combinées à d'autres méthodes qui favorisent la participation des personnes. Les méthodes participatives peuvent comprendre les rencontres de groupe. Ces rencontres s'apparentent aux groupes de discussion, mais les personnes facilitatrices sont des accompagnatrices dans la compréhension de la situation et dans l'action pour la transformer (voir le chapitre suivant). Les rencontres de groupe peuvent être combinées à d'autres méthodes participatives comme les méthodes visuelles ou l'éducation populaire. Par exemple, la méthode photovoix comprend la prise de photos et la discussion de ces photos par les participants et participantes (Wang et coll., 1998).

L'éducation populaire est une méthodologie qui vise la création d'une société plus juste en permettant aux personnes ayant moins de pouvoir de comprendre et d'intervenir à l'égard des injustices (Wiggins, 2011). Les méthodes utilisées sont entre autres la présentation de problèmes, le sketch social, le jeu d'apprentissage social, le remue-méninges et la simulation. L'éducation populaire a été popularisée sous l'influence de Freire (voir le chapitre suivant).

La recension des études

Une recension d'études participatives et qualitatives a été réalisée pour examiner la contribution de ces études à la compréhension des facteurs influençant la santé des adultes ayant un faible revenu. Les objectifs spécifiques étaient :

- (a) décrire l'étendue, l'éventail et la nature des études;
- (b) identifier les facteurs influençant négativement la santé des personnes;
- (c) identifier les stratégies et actions de la vie quotidienne des personnes, en lien avec les facteurs identifiés, les stratégies étant ce qui est fait pour s'ajuster à la

situation sociale vécue, sans transformer celle-ci, et les actions étant ce qui est fait pour résister ou se mobiliser, en vue de transformer la situation sociale vécue;

- (d) identifier les limites des méthodes participatives utilisées;
- (e) décrire l'étendue et la nature de la participation des personnes.

Pour identifier les études, une recherche documentaire a été réalisée en collaboration avec une bibliothécaire. Les mots-clés utilisés correspondaient aux quatre concepts suivants : santé, perception, pauvreté et recherche participative (pour la liste des mots-clés, voir l'annexe 1). Une recherche électronique a été effectuée dans cinq bases de données de revues académiques révisées par les pairs (Academic Search Complete, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, SocINDEX) et dans une base de données de littérature grise (ProQuest Dissertations and Theses). Les critères de recherche étaient des études publiées en anglais ou en français. Aucune limite pour l'année de publication n'a été utilisée. La recherche a été réalisée jusqu'au 31 décembre 2013, puis mise à jour jusqu'au 31 août 2015. Une recherche manuelle a aussi été effectuée à partir des listes des références des articles pertinents, des projets et auteurs ou auteurs pertinents et des revues académiques de recherche participative non répertoriées dans les bases de données utilisées. Une recherche additionnelle a été effectuée sans le concept de recherche participative, dans le catalogue universitaire et le catalogue de la Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Pour être inclus, les articles devaient décrire des études impliquant des adultes ayant un faible revenu et examiner les facteurs influençant négativement leur santé. Les études pouvaient impliquer des personnes ou communautés ethniques ou défavorisées, ces personnes ou communautés pouvant inclure des adultes ayant un faible revenu. Les articles étaient exclus s'ils décrivaient des études réalisées en milieu non urbain ou dans un pays non développé ou impliquant un des groupes suivants : les personnes âgées, les personnes itinérantes, les personnes prostituées, les personnes faisant abus de substances, les personnes immigrantes en attente de décision et les personnes demandant l'asile. Les articles étaient également exclus s'ils examinaient les barrières aux saines habitudes de vie ou aux soins de santé, l'expérience du cancer ou de la santé sexuelle et l'exposition environnementale.

Les caractéristiques des études. Vingt études participatives et qualitatives ont été recensées, incluant une recension d'études qualitatives (tableau 1).

Les études ont été classées en trois groupes : les études participatives (n = 8), les études peu participatives (n = 8) et les études qualitatives (n = 4). Les études peu participatives suggéraient une approche de recherche participative ou utilisaient des méthodes associées, mais la participation des adultes était limitée à la collecte des données ou à la vérification des résultats. Ces études peu participatives correspondaient davantage à des études qualitatives qu'à des études participatives.

Les études impliquaient des personnes ou communautés du Canada (n = 7), des États-Unis (n = 12) ou du Royaume-Uni (n = 2). Neuf études impliquaient uniquement des adultes ayant un faible revenu, alors que les autres études impliquaient des personnes ou communautés ethniques ou défavorisées. Ces autres études pouvaient inclure, en plus d'adultes ayant un faible revenu, des personnes n'ayant pas un faible revenu ou des jeunes.

La durée des études variait de six mois à quatre ans pour les études participatives et de trois mois à moins de deux ans pour les autres études, mais cette information n'était pas disponible pour toutes les études.

La majorité des études ont utilisé les méthodes qualitatives, en particulier les groupes de discussion et les entrevues individuelles (données non présentées). Les méthodes participatives ont été utilisées seules ou combinées aux méthodes qualitatives, dans une étude peu participative et dans cinq études participatives (Amaikwu-Rushing et coll., 2005; Baker Collins, 2005; Chircop, 2010; Farquhar et coll., 2005; Redwood, 2008; Reid, 2002) (voir aussi plus loin).

Les études ont identifié et décrit des facteurs influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu (détériorant ou limitant leur santé) et des stratégies et actions de la vie quotidienne de ces personnes, en lien avec les facteurs identifiés. Les résultats détaillés sont présentés à l'annexe 2 et une synthèse est présentée ici.

Les facteurs influençant négativement la santé. Les études ont identifié et décrit des facteurs sociaux, psychosociaux, structurels et autres influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu (tableau 2).

Tableau 1 Aperçu des études participatives et qualitatives recensées

Approche	Pays	Étude	Population	Durée (mois)	Facteur ^b			Stratégie/Action ^c	
					SOC	PSY	STR	ST	AC
Participative	Canada	Baker Collins, 2005	4 femmes bénéficiant de l'assistance sociale	7	X	X	X		X
		Reid, 2002	20 femmes ayant un faible revenu	24	X	X	X	X	
	Canada et États-Unis	Young et Wharf Higgins, 2010	38 mères monoparentales bénéficiant de l'assistance sociale	N/D	X	X	X	X	
	États-Unis	Redwood, 2008	2 groupes de 7 et 13 personnes afro-américaines ayant majoritairement un faible revenu	6	X	X	X		X
		Yang et coll., 2009	5 femmes Hmong	N/D	X	X	X		
		Amaikwu-Rushing et coll., 2005	1 communauté, incluant 65 femmes et filles de minorités visibles	> 12	X	X	X		
		Farquhar et coll., 2005	5 communautés afro-américaines et latines de 40 à 107 personnes chacune	N/D	X		X		
		Snooks et coll., 2011	2 communautés défavorisées, incluant 52 et 53 personnes	48	X				
Peu participative ^a	Canada	Chircop, 2010	11 mères ayant un faible revenu	19	X		X	X	
	États-Unis	Bermúdez-Millán et coll., 2011	29 femmes portoricaines ayant majoritairement un faible revenu	3	X	X			
		Doornbos et coll., 2013	61 femmes noires, latines ou blanches, ayant majoritairement un faible revenu	N/D	X	X			
		Kaplan et coll., 2013	56 adultes d'une communauté à faible revenu	3	X	X		X	
		Thein et coll., 2009	32 personnes d'une communauté à faible revenu	9	X	X		X	
		Nicolaidis et coll., 2010	30 femmes africaines, ayant un faible revenu, dépression et expériences de violence domestique	6	X	X		X	
		Sampson et coll., 2013	40 aidantes et aidants familiaux d'enfants avec asthme, ayant majoritairement un faible revenu	4	X	X		X	
	Royaume-Uni	Rabiee, 2006	11 femmes d'une région défavorisée	N/D	X	X	X		
Qualitative	Canada	Mayer et Hamel, 1996	200 personnes bénéficiant de l'assistance sociale ou ayant un faible revenu	N/D	X	X	X		
		McAll et coll., 2012	10 adultes vivant dans la pauvreté	< 24	X	X		X	
		Raphael, 2011 ^d	8 études sur l'expérience de la pauvreté	N/D	X	X	X	X	
	États-Unis	Baranowski, 1999	42 femmes ayant un faible revenu	3	X	X		X	

Note. SOC = social, PSY = psychosocial, STR = structurel, ST = stratégie, AC = action, X = identifié dans l'étude, N/D = non disponible.

^a Étude qui suggérait une approche de recherche participative ou qui utilisait des méthodes associées, mais où la participation des personnes était limitée.

^b Facteur influençant négativement la santé.

^c Stratégie ou action de la vie quotidienne, en lien avec les facteurs identifiés.

^d Recension d'études qualitatives canadiennes.

Tableau 2 Facteurs influençant négativement la santé dans les études participatives et qualitatives recensées

	Facteur ^a	Étude			Total (n = 20)
		Participative	Peu participative ^b	Qualitative	
SOC	Manque de relations sociales de qualité ^c , incluant avec les travailleurs et travailleuses d'institutions (soins de santé, service social, police, école) et les propriétaires de logements	Baker Collins, 2005 Young et Wharf Higgins, 2010 Redwood, 2008 Yang et coll., 2009 Amaikwu-Rushing et coll., 2005	Chircop, 2010 Bermúdez-Millán et coll., 2011 Doornbos et coll., 2013 Kaplan et coll., 2013 Thein et coll., 2009 Nicolaidis et coll., 2010 Sampson et coll., 2013 Rabiee, 2006	McAll et coll., 2012 Raphael, 2011 Baranowski, 1999	16
	Manque d'argent, de ressources financières ^d	Baker Collins, 2005 Reid, 2002 Young et Wharf Higgins, 2010 Yang et coll., 2009 Amaikwu-Rushing et coll., 2005 Snooks et coll., 2011;	Chircop, 2010 Bermúdez-Millán et coll., 2011 Doornbos et coll., 2013 Kaplan et coll., 2013 Thein et coll., 2009 Sampson et coll., 2013	Mayer et Hamel, 1996 McAll et coll., 2012 Raphael, 2011 Baranowski, 1999	16
	Manque ou piètres conditions d'emploi	Farquhar et coll., 2005 Snooks et coll., 2011	Chircop, 2010 Bermúdez-Millán et coll., 2011 Doornbos et coll., 2013 Kaplan et coll., 2013 Thein et coll., 2009	Mayer et Hamel, 1996 McAll et coll., 2012 Raphael, 2011	10
	Manque ou piètres conditions de logement abordable	Baker Collins, 2005 Reid, 2002 Redwood, 2008 Snooks et coll., 2011	Chircop, 2010 Kaplan et coll., 2013 Rabiee, 2006	McAll et coll., 2012 Raphael, 2011	9
	Piètres conditions des lieux (déclin, manque d'esthétisme, ordures, insécurité, trafic)	Redwood, 2008 Snooks et coll., 2011	Chircop, 2010 Bermúdez-Millán et coll., 2011 Doornbos et coll., 2013 Thein et coll., 2009		6
	Prendre soin ou problèmes relatifs aux enfants ou aux proches		Doornbos et coll., 2013 Kaplan et coll., 2013 Sampson et coll., 2013 Rabiee, 2006	Raphael, 2011 Baranowski, 1999	6
	Manque de possibilités pour les sports ou les loisirs, de terrains de jeu et de lieux communautaires	Redwood, 2008	Chircop, 2010 Thein et coll., 2009 Rabiee, 2006	Raphael, 2011	5

	Manque de nourriture abordable et de qualité	Baker Collins, 2005	Chircop, 2010 Bermúdez-Millán et coll., 2011	Raphael, 2011	4
	Manque de garde d'enfants abordable	Reid, 2002	Chircop, 2010	Raphael, 2011 Baranowski, 1999	4
	Manque de transport abordable	Reid, 2002	Chircop, 2010	Baranowski, 1999	3
	Manque d'assurance-maladie ou d'accès aux soins de santé	Farquhar et coll., 2005	Thein et coll., 2009	Baranowski, 1999	3
	Manque de connaissances en lien avec le travail autonome, la petite entreprise, les lois du travail ou autres	Farquhar et coll., 2005	Thein et coll., 2009	Baranowski, 1999	3
	Violence des gangs, crime, bagarre, vandalisme, comportements antisociaux, drogues	Farquhar et coll., 2005 Snooks et coll., 2011	Rabiee, 2006		3
	Barrières linguistiques	Yang et coll., 2009	Thein et coll., 2009		2
	Manque de possibilités pour l'éducation de qualité		Chircop, 2010 Bermúdez-Millán et coll., 2011		2
	Problème d'accès à l'assistance sociale			Raphael, 2011	1
	Changement de culture	Yang et coll., 2009			1
	Décès des proches		Doornbos et coll., 2013		1
PSY	Stress	Baker Collins, 2005 Reid, 2002 Young et Wharf Higgins, 2010 Yang et coll., 2009 Amaikwu-Rushing et coll., 2005	Bermúdez-Millán et coll., 2011 Doornbos et coll., 2013 Kaplan et coll., 2013 Thein et coll., 2009 Sampson et coll., 2013	McAll et coll., 2012 Raphael, 2011 Baranowski, 1999	13
	Dépression, désespoir, sentiment négatif, alcoolisme, pensées suicidaires, difficulté à se concentrer ou à manger, épuisement	Reid, 2002 Redwood, 2008 Yang et coll., 2009 Amaikwu-Rushing et coll., 2005	Bermúdez-Millán et coll., 2011 Nicolaidis et coll., 2010 Sampson et coll., 2013	Raphael, 2011 Baranowski, 1999	9
	Estime ou image de soi diminuée ou faible, sentiment d'être stupide, perception d'une apparence pauvre projetée chez les autres	Baker Collins, 2005 Reid, 2002 Yang et coll., 2009	Kaplan et coll., 2013 Nicolaidis et coll., 2010	McAll et coll., 2012 Raphael, 2011 Baranowski, 1999	8
	Inquiétude (liée à la perte de son pays, sa culture, sa capacité à communiquer, sa raison d'être; à l'offre de drogues aux enfants; à la privation matérielle et sociale)	Yang et coll., 2009	Rabiee, 2006	Raphael, 2011	3

	Échecs, frustrations, regret		Mayer et Hamel, 1996 Raphael, 2011 Baranowski, 1999	3
	Colère	Reid, 2002	Raphael, 2011 Baranowski, 1999	3
	Honte	Reid, 2002	McAll et coll., 2012	2
	Manque de confiance (par rapport aux soins de santé), méfiance (par rapport aux autres)	Amaikwu-Rushing et coll., 2005	Baranowski, 1999	2
	Sentiment d'être sous constante surveillance; sentiment de culpabilité, de perdre sa dignité, de perdre sa liberté; sentiment d'être dépendant	Baker Collins, 2005	Raphael, 2011	2
	Sentiment d'être jugé ou dévalué, de ne pas être reconnue, respectée et écoutée	Yang et coll., 2009	Raphael, 2011	2
	Sentiment d'impuissance, de manque de contrôle		Sampson et coll., 2013	1
	Sentiment d'iniquité		Kaplan et coll., 2013	1
	Sentiment d'être isolé		Raphael, 2011	1
	Incertitude liée au statut et aux droits (dans les rapports à l'aide sociale)		McAll et coll., 2012	1
	Effet durable de la violence sur la vie, les choix et les comportements		Nicolaidis et coll., 2010	1
STR	Exclusion et surveillance des institutions (en particulier, assistance sociale et soins de santé) : pratiques et politiques qui prennent pour victime, discriminent, punissent et limitent, contrôlent l'accès aux ressources, les choix (bureaucratie et règles; politiques familiales, sociales, urbaines, commerciales)	Baker Collins, 2005 Reid, 2002 Young et Wharf Higgins, 2010	Chircop, 2010 Raphael, 2011	5
	Exclusion culturelle : stéréotype, invisibilité, indifférence, racisme	Reid, 2002 Redwood, 2008 Amaikwu-Rushing et coll., 2005		3
	Désinvestissement, développement spéculatif, déplacement de la communauté hors du quartier; politique de logement à court terme	Redwood, 2008	Rabiee, 2006	2

	Organisation et législation du travail, organisation de l'assistance sociale			Mayer et Hamel, 1996	1
	Manque de ressources et de pouvoir pour faire des changements	Young et Wharf Higgins, 2010			1
	Culture matérialiste	Yang et coll., 2009			1
	Force meurtrière par la police	Farquhar et coll., 2005			1
Autre	Santé physique, mentale ou psychique; problèmes de santé chroniques	Reid, 2002	Sampson et coll., 2013	Mayer et Hamel, 1996 Baranowski, 1999	4
	Génétique ou personnel			McAll et coll., 2012 Raphael, 2011	2
	Parler d'un problème le concrétise		Thein et coll., 2009		1

Note. SOC = social, PSY = psychosocial, STR = structurel.

^a Facteur influençant négativement la santé.

^b Étude qui suggérait une approche de recherche participative ou qui utilisait des méthodes associées, mais où la participation des personnes était limitée.

^c Autres termes : pratiques sociales dégradantes, discrimination, stigma, attitude de jugement et de dévaluation par les autres, préjudice; manque de soutien social, d'écoute et de compréhension, de préoccupation pour les autres; isolement, difficultés à maintenir les relations familiales, problèmes avec l'amitié; violence domestique, violence ou abus dans l'enfance et plus tard.

^d Autres termes : pauvreté, situation ou vie précaire, instabilité ou insécurité économique, manque ou fardeau financier, problèmes ou difficultés financières ou économiques; difficulté à payer, incapacité à répondre aux besoins et à participer aux activités; revenu insuffisant, faible revenu ou salaire.

Les facteurs sociaux. Toutes les études (n = 20) ont identifié et décrit des facteurs sociaux influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu. Les principaux facteurs étaient le manque de relations sociales de qualité (n = 16) et le manque d'argent (n = 16). Le manque de relations sociales de qualité incluait les aspects suivants : les pratiques sociales dégradantes, la discrimination, le stigma, l'attitude de jugement et de dévaluation par les autres, le préjudice; le manque de soutien social, d'écoute et de compréhension, de préoccupation pour les autres; l'isolement, les difficultés à maintenir les relations familiales, les problèmes avec l'amitié; et la violence domestique, la violence ou l'abus dans l'enfance et plus tard. Le manque d'argent incluait les aspects suivants : la pauvreté, la situation ou la vie précaire, l'instabilité ou l'insécurité économique, le manque ou le fardeau financier, les problèmes ou les difficultés financières ou économiques; la difficulté à payer, l'incapacité à répondre aux besoins et à participer aux activités; et le revenu insuffisant, le faible revenu ou salaire.

Les autres facteurs sociaux comprenaient les circonstances matérielles et sociales suivantes : le manque ou les piètres conditions d'emploi (n = 10); le manque ou les piètres conditions de logement abordable (n = 9); les piètres conditions des lieux (n = 6); prendre soin ou les problèmes relatifs aux enfants ou aux proches (n = 6); le manque de possibilités pour les sports ou les loisirs, de terrains de jeu et de lieux communautaires (n = 5); le manque de nourriture abordable et de qualité (n = 4); le manque de garde d'enfants abordable (n = 4); le manque de transport abordable (n = 3); le manque d'assurance-maladie ou d'accès aux soins de santé (n = 3); le manque de connaissances en lien avec le travail autonome, la petite entreprise, les lois du travail ou autres (n = 3); la violence des gangs, le crime, la bagarre, le vandalisme, les comportements antisociaux, les drogues (n = 3); les barrières linguistiques (n = 2); le manque de possibilités pour l'éducation de qualité (n = 2); le problème d'accès à l'assistance sociale; le changement de culture (n = 1); et le décès des proches (n = 1).

Somme toute, les facteurs sociaux influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu ont été bien identifiés et décrits dans les études. Les principaux facteurs sociaux étaient le manque de relations sociales de qualité ainsi que le manque d'argent et les conditions matérielles et sociales associées comme les conditions d'emploi et de logement.

Les facteurs psychosociaux. En plus des facteurs sociaux, la majorité des études (17 études sur 20) ont identifié des facteurs psychosociaux influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu et découlant des facteurs sociaux. Cependant, parmi ces études, plusieurs (11 études sur 17) n'ont pas ou ont peu décrit ces facteurs (Amaikwu-Rushing et coll., 2005; Baranowski, 1999; Bermúdez-Millán et coll., 2011; Doornbos et coll., 2013; Mayer et Hamel, 1996; Rabiee, 2006; Raphael, 2011; Redwood, 2008; Sampson et coll., 2013; Thein et coll., 2009; Young et Wharf Higgins, 2010; voir aussi Wharf Higgins et coll., 2006). Les études ayant davantage décrit ces facteurs (6 études sur 17) étaient les suivantes : trois études participatives (Baker Collins, 2005; Reid, 2002; Yang et coll., 2009), deux études peu participatives (Kaplan et coll., 2013; Nicolaidis et coll., 2010) et une étude qualitative (McAll et coll., 2012). Par ailleurs, les études participatives impliquant plus d'une communauté (2 études sur 20) n'ont pas rapporté de facteurs psychosociaux.

Les principaux facteurs psychosociaux étaient les suivants : le stress ($n = 13$); la dépression et le désespoir, le sentiment négatif, l'alcoolisme, les pensées suicidaires, la difficulté à se concentrer ou à manger et l'épuisement ($n = 9$); et l'estime ou l'image de soi diminuée ou faible, incluant le sentiment d'être stupide et la perception d'une apparence pauvre projetée chez les autres ($n = 8$). D'autres facteurs psychosociaux étaient des états, émotions et sentiments négatifs : l'inquiétude ($n = 3$); les échecs, les frustrations, le regret ($n = 3$); la colère ($n = 3$); la honte ($n = 2$); le manque de confiance, la méfiance ($n = 2$); le sentiment d'être sous constante surveillance, de culpabilité, d'être dépendant ($n = 2$); le sentiment d'être jugé ou dévalué, de ne pas être reconnue, respectée et écoutée ($n = 2$); le sentiment d'impuissance, de manque de contrôle ($n = 1$); le sentiment d'iniquité ($n = 1$); le sentiment d'être isolé ($n = 1$); et l'incertitude ($n = 1$). Un dernier facteur psychosocial était l'effet durable de la violence sur la vie, les choix et les comportements ($n = 1$).

Ainsi, les facteurs psychosociaux influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu ont été moins bien examinés que les facteurs sociaux. Les principaux facteurs psychosociaux étaient le stress, la dépression et la faible estime soi.

Les expériences vécues tôt dans la vie. Peu d'études (n = 3) ont rapporté des facteurs de l'enfance influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu. Ces facteurs étaient : la violence ou l'abus dans l'enfance et plus tard; la difficulté de s'ajuster aux enfants, liée entre autres aux expériences personnelles vécues dans l'enfance; et l'insécurité alimentaire depuis l'enfance (Bermúdez-Millán et coll., 2011; McAll et coll., 2012; Rabiee, 2006).

Les facteurs structurels. Plus de la moitié des études (n = 11) ont identifié des facteurs structurels influençant négativement et de manière indirecte la santé des adultes ayant un faible revenu. Parmi ces études, quatre études participatives ont davantage décrit ces facteurs (Baker Collins, 2005; Redwood, 2008; Reid, 2002; Young et Wharf Higgins, 2010; voir aussi Wharf Higgins et coll., 2006). La majorité des études peu participatives (6 études sur 8) n'ont pas rapporté de facteurs structurels.

Le principal facteur structurel était l'exclusion et la surveillance des institutions, en particulier de l'assistance sociale et des soins de santé, soit les pratiques et politiques qui prennent pour victime, discriminent, punissent et limitent ou contrôlent l'accès aux ressources et les choix, incluant la bureaucratie, les règles et les politiques familiales, sociales, urbaines et commerciales (n = 5). Les autres facteurs structurels étaient : l'exclusion culturelle, incluant le stéréotype, l'invisibilité, l'indifférence et le racisme (n = 3); le désinvestissement, le développement spéculatif, le déplacement de la communauté hors du quartier et la politique de logement à court terme (n = 2); l'organisation et la législation du travail et l'organisation de l'assistance sociale (n = 1); le manque de ressources et de pouvoir pour faire des changements (n = 1); la culture matérialiste (n = 1); et la force meurtrière par la police (n = 1).

Somme toute, les facteurs structurels ont été davantage examinés par les études participatives. Le principal facteur structurel était l'exclusion et le contrôle des institutions.

Les autres facteurs. En plus des facteurs précédents, les autres facteurs identifiés étaient les suivants : la santé physique, mentale ou psychique et les problèmes de santé chroniques (n = 4); la génétique ou autre facteur personnel (n = 2); et le fait de parler d'un problème le concrétise (n = 1).

Globalement, les études ont identifié et décrit des facteurs sociaux, psychosociaux, structurels et autres influençant négativement la santé des adultes ayant un faible revenu. Alors que les facteurs sociaux ont été bien identifiés et décrits, les facteurs psychosociaux ont été moins examinés, tout comme les expériences vécues tôt dans la vie. Les facteurs structurels ont été davantage examinés par les études participatives. En lien avec les facteurs identifiés, les études ont identifié les stratégies et actions de la vie quotidienne des personnes.

Les stratégies et actions de la vie quotidienne. Plus de la moitié des études (n = 12) ont identifié les stratégies (n = 10) ou les actions (n = 2) de la vie quotidienne des adultes ayant un faible revenu, en lien avec les facteurs influençant négativement leur santé (tableau 3).

Les principales stratégies étaient des moyens pour améliorer la qualité de la vie quotidienne (n = 4) et des comportements nuisibles pour s'ajuster ou gérer le stress (n = 4). Les moyens pour améliorer la qualité de la vie quotidienne étaient les suivants : négocier le système d'assistance sociale (s'assurer de recevoir le service, obtenir de l'information); répondre aux besoins des enfants; balancer les priorités, gérer le temps, tirer le meilleur; briser l'isolement social, chercher le soutien social; faire preuve de créativité; et lutter contre la dépression, utiliser la connaissance dans l'autogestion du diabète. Les comportements nuisibles comprenaient le tabagisme, la malbouffe, l'alimentation incontrôlée, le manque de sommeil, l'abus de substances, la violence et l'agression, le retrait et l'inactivité. La consommation de drogues ou d'alcool était rapportée comme une automédication exacerbant les problèmes de dépression et de violence (Nicolaidis et coll., 2010).

D'autres façons de s'ajuster au stress étaient les suivantes : faire des loisirs et des activités physiques, rire, méditer, prier, prendre conscience des réactions émotionnelles (n = 2); pratiquer une religion pour surmonter les problèmes, pour avoir espoir ou confiance de maintenir la santé (n = 1); avoir un regard positif sur soi et un accueil positif par les autres (n = 1); se fâcher ou ne pas répondre aux interactions négatives (n = 1); et participer à des programmes communautaires comme soutien tangible et d'appartenance (n = 1).

Tableau 3 Stratégies et actions de la vie quotidienne dans les études participatives et qualitatives recensées

	Stratégie/Action ^a	Étude			Total (n = 12)
		Participative	Peu participative ^b	Qualitative	
ST	Pour améliorer la qualité de la vie quotidienne, s'en sortir, contrôler, survivre : négocier le système d'assistance sociale (s'assurer de recevoir le service, obtenir de l'information); répondre aux besoins des enfants; balancer les priorités, gérer le temps, tirer le meilleur; briser l'isolement social, chercher le soutien social; faire preuve de créativité; lutter contre la dépression, utiliser la connaissance dans l'autogestion du diabète	Reid, 2002	Chircop, 2010 Sampson et coll., 2013	Raphael, 2011	4
	Comportements nuisibles : pour s'ajuster ou gérer le stress : tabagisme, malbouffe, alimentation incontrôlée, manque de sommeil, abus de substances, violence et agression, retrait et inactivité; consommation de drogues ou d'alcool comme automédication exacerbant les problèmes de dépression et de violence	Young et Wharf Higgins, 2010	Kaplan et coll., 2013 Nicolaidis et coll., 2010	Baranowski, 1999	4
	Autres façons de s'ajuster au stress : loisirs et activités physiques, rire, méditer, prier, prendre conscience des réactions émotives		Kaplan et coll., 2013 Sampson et coll., 2013		2
	Religion pour surmonter les problèmes, pour avoir espoir ou confiance de maintenir la santé		Thein et coll., 2009		1
	Regard positif sur soi, accueil positif par les autres			McAll et coll., 2012	1
	Se fâcher ou ne pas répondre aux interactions négatives			Baranowski, 1999	1

	Programmes communautaires comme soutien tangible et d'appartenance	Young et Wharf Higgins, 2010	1
AC	Résister contre les règlements injustes et la surveillance constante; résister, s'organiser, chercher l'appui d'organisations, coopérer avec les institutions pour gérer les dynamiques et conditions vécues	Baker Collins, 2005 Redwood, 2008	2

Note. ST = stratégie, AC = action.

^a Stratégie ou action de la vie quotidienne, en lien avec les facteurs influençant négativement la santé.

^b Étude qui suggérait une approche de recherche participative ou qui utilisait des méthodes associées, mais où la participation des personnes était limitée.

Les actions ont été identifiées dans deux études participatives (Baker Collins, 2005; Redwood, 2008). Les actions étaient les suivantes : résister contre les règlements injustes et la surveillance constante; et résister, s'organiser, chercher l'appui d'organisations, coopérer avec les institutions pour gérer les dynamiques et conditions vécues.

En somme, les études étaient plus nombreuses à identifier les stratégies que les actions des adultes ayant un faible revenu. Les principales stratégies étaient des moyens pour améliorer la qualité de la vie quotidienne et des comportements nuisibles pour s'ajuster au stress. Seules les études participatives ont identifié des actions qui consistaient à résister ou s'organiser contre les situations injustes et le contrôle des institutions. Ayant identifié les résultats des études recensées, les méthodes participatives utilisées dans ces études sont à présent examinées.

Les méthodes participatives dans les études. Comme mentionné précédemment, les méthodes participatives ont été utilisées seules ou combinées aux méthodes qualitatives, dans une étude peu participative et dans cinq études participatives (Amaikwu-Rushing et coll., 2005; Baker Collins, 2005; Chircop, 2010; Farquhar et coll., 2005; Redwood, 2008; Reid, 2002). Dans les études participatives, les méthodes participatives utilisées étaient les rencontres de groupe, combinées ou non aux méthodes visuelles (n = 2) ou à l'éducation populaire (n = 1) (tableau 4).

Dans l'étude de Baker Collins (2005), les méthodes visuelles ont été utilisées avec l'approche d'évaluation participative de la pauvreté. Les méthodes utilisées étaient les tableaux, les cartes visuelles et les notes sur tableau-chevalet. Ces méthodes ont permis de mettre en évidence les expériences de pauvreté en lien avec le bien-être, sans toutefois permettre d'examiner de manière approfondie les facteurs psychosociaux influençant la santé. Dans l'étude de Redwood (2008), la méthode photovoix a permis de mettre en évidence les perceptions des facteurs influençant la santé, perceptions toutefois orientées vers l'environnement bâti étant donné l'utilisation d'un appareil photo. Dans l'étude de Farquhar et coll. (2005), l'éducation populaire a permis d'identifier et d'intervenir à l'égard des problématiques sociales et structurelles liées à la santé, mais n'a pas permis d'examiner de manière approfondie les expériences et perceptions individuelles et d'identifier des facteurs psychosociaux influençant la santé.

Tableau 4 Aperçu des études participatives recensées et de la participation des adultes ayant un faible revenu

Étude	Approche	Méthode		Participation			
		Collecte	Analyse	RE	AC	ED	
Avec personnes	Baker Collins, 2005	Évaluation participative de la pauvreté	Méthodes visuelles sur tableau-chevalet, 4 rencontres de groupe	Descriptive	X	X	X
	Reid, 2002	Recherche-action féministe	18 rencontres de groupe, 32 entrevues individuelles	De contenu		X	X
	Young et Wharf Higgins, 2010	Recherche participative, étude de cas	7 groupes de discussion, 2 entrevues individuelles	Thématique	X		
	Redwood, 2008	Dans un plus grand projet de recherche participative ancrée dans la communauté	Méthode photovoix, 7 sessions de dialogue en groupe, 1 dialogue en groupe final	Méthode de théorisation ancrée	X	X	
	Yang et coll., 2009	Recherche-action collaborative ancrée dans la communauté	5 entrevues individuelles	Méthode herméneutique-dialectique	X		X
Avec communautés	Amaikwu-Rushing et coll., 2005; voir aussi Pharris, 2012	Recherche-action collaborative ancrée dans la communauté	2 rencontres de groupe initiales, collecte qualitative phénoménologique, groupes de discussion et entrevues individuelles par des membres de la communauté formés	Thématique	X ^a	^a	
	Farquhar et coll., 2005; voir aussi Wiggins et coll., 2009	Recherche participative ancrée dans la communauté	Éducation populaire, rencontres de groupe et individuelles par des TSC, entrevues individuelles avec les TSC	Méthode modifiée de théorisation ancrée (pour les entrevues individuelles)	^a	X ^a	^a
	Snooks et coll., 2011	Recherche-action	Entrevues individuelles par des participants et participantes formées, groupes de discussion avec les participants et participantes formées et non formées	Thématique	X ^a	X ^a	X ^a

Note. RE = recherche, AC = action, ED = éducation, X = participation des personnes excluant les personnes formées ou les autres membres de la communauté, TSC = travailleurs et travailleuses en santé communautaire.

^aParticipation de personnes formées ou d'autres membres de la communauté.

En somme, les méthodes visuelles et l'éducation populaire utilisées dans les études participatives ont permis d'identifier ou d'intervenir à l'égard de certains facteurs sociaux ou structurels, mais n'ont pas permis d'examiner de manière approfondie les facteurs psychosociaux influençant la santé. Ayant identifié les limites des méthodes participatives utilisées, la participation des adultes ayant un faible revenu est à présent examinée.

La participation des adultes ayant un faible revenu. Dans les études peu participatives et qualitatives, la participation des adultes était limitée à la collecte des données, avec ou sans la vérification des résultats. Dans les études participatives, la participation concernait la recherche, l'action ou l'éducation et était variable selon les études (tableau 4). Les études participatives ont été classées selon qu'elles impliquaient des personnes (4 à 38 personnes au total) ($n = 5$) ou des communautés (40 à 107 personnes par communauté) ($n = 3$). Dans les études impliquant des communautés, certaines personnes ont davantage participé aux activités que les autres personnes. Les personnes ayant davantage participé étaient formées pour participer aux étapes de la recherche ou étaient d'autres membres de la communauté. En excluant ces personnes ayant davantage participé, la participation des personnes concernait au moins deux activités dans plus de la moitié des études (5 études sur 8). La participation détaillée est présentée à l'annexe 3 et une synthèse est présentée ici.

La participation à la recherche. Dans la majorité des études participatives (6 études sur 8) et en excluant les personnes ayant davantage participé, les personnes ont participé à au moins une étape de la recherche, outre la collecte des données ou la vérification des résultats. Le tableau 5 présente la participation à la recherche selon les études impliquant des personnes ($n = 4$) ou des communautés ($n = 2$). En excluant toujours les personnes ayant davantage participé, les personnes ont participé à deux étapes de la recherche ou plus dans deux études impliquant des femmes bénéficiant de l'assistance sociale (Baker Collins, 2005; Young et Wharf Higgins, 2010).

Tableau 5 Participation à la recherche dans les études participatives recensées

Étape de la recherche	Étude	
	Avec personnes	Avec communautés
Déterminer l'ordre du jour et poursuivre les rencontres	Baker Collins, 2005	
Collecter les données ou faciliter les rencontres, groupes ou entrevues		(Membres de la communauté formés, dans Amaikwu-Rushing et coll., 2005) (TSC, dans Farquhar et coll., 2005) (Participants et participantes formées, dans Snooks et coll., 2011)
Analyser les données	Young et Wharf Higgins, 2010	(Membres du comité consultatif, dans Amaikwu-Rushing et coll., 2005) (Participants et participantes formées, dans Snooks et coll., 2011)
Réviser les rapports, manuscrits, affiches ou autres	Baker Collins, 2005 Young et Wharf Higgins, 2010	
Présenter les résultats ou rapports	Baker Collins, 2005 Redwood, 2008	Amaikwu-Rushing et coll., 2005
Planifier des actions	Yang et coll., 2009	
Rédiger et présenter des plans d'actions locales		Snooks et coll., 2011 (participants et participantes formées davantage impliquées)

Note. TSC = travailleurs et travailleuses en santé communautaire.

Dans les études impliquant des personnes, ces dernières ont participé aux étapes suivantes : la détermination de l'ordre du jour et la poursuite des rencontres (n = 1); l'analyse des données (n = 1); la révision des rapports, manuscrits, affiches ou autres (n = 2); la présentation des résultats ou rapports (n = 2); et la planification d'actions (n = 1). Dans les études impliquant des communautés, les personnes ont participé à la présentation des résultats ou rapports (n = 1) et à la rédaction et la présentation de plans d'actions locales (n = 1).

En somme, la participation aux étapes de la recherche dans les études recensées était limitée. Entre autres, les personnes ont peu participé à l'analyse des données, alors que cette participation permet de soulever des points-clés qui pourraient ne pas être soulevés sans cette participation (Young et Wharf Higgins, 2010).

La participation à l'action. Dans plus de la moitié des études participatives (5 études sur 8), les personnes ont participé à des actions individuelles ou collectives,

pendant ou après l'étude. Le tableau 6 présente cette participation selon les études impliquant des personnes (n = 3) ou des communautés (n = 2).

Tableau 6 Participation à l'action dans les études participatives recensées

	Type d'action	Étude	
		Avec personnes	Avec communautés
Individuelle, pendant l'étude	Participation sociale (communautaire, éducation, emploi)	Reid, 2002	
Collective, pendant l'étude	Participation sociale (organisme partenaire, activités de loisirs)	Reid, 2002	
	Organisation pour favoriser l'emploi, l'assurance-maladie, la sécurité publique, la santé, le soutien social, l'esthétisme des lieux		Farquhar et coll., 2005
	Mobilisation pour des changements institutionnels (police)		Farquhar et coll., 2005
	Rédiger et présenter des plans d'actions locales		Snooks et coll., 2011
Collective, après l'étude	Participation sociale (organisme partenaire, activités sociales)	Baker Collins, 2005	
	Pratiques et politiques institutionnelles (présentation ou mobilisation)	Baker Collins, 2005	
	Négocier un cours pour les femmes ou assister à un congrès contre la pauvreté	Reid, 2002	
	Campagne politique et médiatique sur l'environnement bâti	Redwood, 2008	

Dans les études impliquant des personnes, ces dernières ont participé à des actions collectives après l'étude, soit : présenter un rapport ou se mobiliser pour changer les pratiques ou politiques institutionnelles, négocier un cours pour les femmes et assister à un congrès contre la pauvreté, organiser une campagne politique et médiatique sur l'environnement bâti, s'impliquer au sein de l'organisme partenaire ou d'autres organismes communautaires, ainsi qu'organiser des activités sociales. De plus, dans l'étude de Reid (2002), les personnes ont participé à des activités individuelles et collectives pendant l'étude, soit s'impliquer au sein de l'organisme partenaire ou d'autres organismes communautaires ainsi qu'organiser des activités de loisirs, retourner à l'école et débiter une formation à l'emploi.

Dans les deux études impliquant des communautés, les personnes ont participé à des actions collectives pendant l'étude, soit : s'organiser pour favoriser l'emploi, l'assurance-maladie, la sécurité publique, la santé, le soutien social, l'esthétisme des lieux;

se mobiliser pour changer les pratiques institutionnelles; et rédiger et présenter des plans d'actions locales.

Ainsi, la participation à l'action a eu lieu pendant ou après les études. Les actions consistaient à s'impliquer davantage dans le milieu et à s'organiser et se mobiliser pour améliorer les pratiques et politiques institutionnelles et les conditions sociales, incluant les relations sociales, l'emploi, l'éducation, les lieux et l'accès aux soins de santé.

La participation à l'éducation. La moitié des études participatives (4 études sur 8) ont rapporté les apprentissages faits par les participants et participantes (tableau 4). Trois de ces études impliquaient des personnes et une autre impliquait des communautés.

Dans les études impliquant des personnes, les apprentissages faits par les personnes étaient les suivants : se rencontrer et discuter de problèmes communs, apprendre qu'elles n'étaient pas seules dans leur situation, apprendre à résoudre leurs problèmes et ceux des autres, développer un sentiment d'inclusion et d'appartenance, générer énergie et enthousiasme pour agir ensemble, apprécier les rencontres et désirer poursuivre les rencontres et relever le besoin du dialogue en groupe pour trouver des moyens pour améliorer leur santé. Dans l'étude de Reid (2002), les personnes ont aussi réalisé et critiqué leur oppression par les institutions, organisations et individus. Dans l'étude de Yang et coll. (2009), les personnes ont réfléchi sur leurs expériences personnelles et envisagé une façon de poursuivre leur vie. Cette réflexion personnelle leur a permis de saisir le besoin de prendre soin d'elles et de comprendre l'importance de parler avec les autres et d'exprimer leurs désirs et besoins aux professionnels et professionnelles de la santé. Ces personnes ont aussi compris la place de la maladie dans leur vie. En plus, une étude a rapporté les défis de la participation pour les personnes (Reid, 2002; Reid et coll., 2006). Les discussions étaient très émotionnelles et les rencontres frustrantes en raison du sentiment que peu était accompli. Il y avait un besoin d'expertise et d'aide externes en raison du sentiment d'impuissance. Il y avait aussi un risque à s'impliquer dans un atelier de plaintes relatives à l'assistance sociale alors que les personnes bénéficient de cette assistance.

Dans l'étude impliquant des communautés de Snooks et coll. (2011), les personnes ont développé un sentiment de force collective ainsi qu'un sentiment de pouvoir d'agir et d'optimisme par rapport au processus de planification d'actions et aux plans d'actions

locales entendus par les autorités. Ces personnes ont aussi développé une confiance à participer aux réunions conjointes. Dans une autre étude impliquant des communautés et selon des travailleurs et travailleuses en santé communautaire et non les personnes elles-mêmes, les personnes ont augmenté leur participation aux événements et rencontres communautaires, leur *leadership* en termes de qualité et quantité (développement et mise en pratique des habiletés de *leadership*) et leur sentiment de solidarité communautaire (soutien social et sentiment communautaire) (Farquhar et coll., 2005; Wiggins et coll., 2009).

Globalement, peu d'études ont examiné les apprentissages faits par les personnes. Les apprentissages rapportés concernaient les relations sociales (briser l'isolement social), les pratiques institutionnelles (réaliser et critiquer l'oppression) et l'action collective (pouvoir agir ensemble).

Synthèse des études participatives et qualitatives

Peu d'études ont examiné en profondeur les facteurs sociaux et psychosociaux influençant la santé des adultes ayant un faible revenu avec la participation de ces personnes. Les études participatives et qualitatives recensées ont bien identifié et décrit les facteurs sociaux, mais ont peu décrit les facteurs psychosociaux. Aussi, elles ont peu identifié les expériences vécues tôt dans la vie comme facteur. Aucune de ces études n'a identifié un facteur ou mécanisme psychosocial similaire à celui proposé par Tarlov (1996), soit la dissonance entre les attentes et la réalité.

Les principaux facteurs sociaux et psychosociaux ayant été identifiés étaient le manque de relations sociales de qualité, en plus du manque d'argent et des conditions matérielles et sociales associées comme les conditions d'emploi et de logement, le stress, la dépression et la faible estime de soi (Baker Collins, 2005; Baranowski, 1999; Bermúdez-Millán et coll., 2011; Chircop, 2010; Doornbos et coll., 2013; Kaplan et coll., 2013; McAll et coll., 2012; Raphael, 2011; Reid, 2002; Young et Wharf Higgins, 2010). Les facteurs structurels influençant négativement et de manière indirecte la santé des adultes ayant un faible revenu, comme l'exclusion et le contrôle des institutions, ont été davantage examinés par les études participatives (Baker Collins, 2005; Reid, 2002; Young et Wharf Higgins, 2010). Peu d'études ont identifié des actions de la vie quotidienne des personnes, actions

pour résister ou s'organiser (Baker Collins, 2005; Redwood, 2008), en plus des stratégies pour améliorer la qualité de la vie quotidienne et pour s'ajuster au stress.

Les méthodes participatives utilisées dans les études participatives, soit les méthodes visuelles et l'éducation populaire, ont permis d'identifier ou d'intervenir à l'égard de certains facteurs sociaux ou structurels, mais n'ont pas permis d'examiner en profondeur les facteurs psychosociaux influençant la santé.

Enfin, la participation des adultes ayant un faible revenu, dans les études recensées, était limitée. Entre autres, la participation à l'analyse des données était peu courante, alors qu'elle pourrait contribuer à mieux comprendre les expériences et perceptions individuelles, en mettant en lumière des aspects importants qui peuvent ne pas être mis en lumière sans cette participation (Young et Wharf Higgins, 2010). En plus, les apprentissages faits par les participants et participantes ont été peu rapportés, ce qui limite la compréhension des effets de la participation dans les études participatives.

Ainsi, les facteurs sociaux et psychosociaux influençant négativement la santé ont été peu examinés de manière approfondie avec la participation des adultes ayant un faible revenu. Une meilleure compréhension de ces facteurs avec les personnes concernées permettrait de contribuer à la compréhension des facteurs influençant la santé et d'orienter les actions, interventions et politiques pour favoriser la santé des personnes. Pour combler les lacunes identifiées, la présente étude a été réalisée. Le chapitre suivant présente les objectifs et la méthodologie de cette étude.

3 Objectifs et méthodologie

L'état des connaissances ayant été exposé au chapitre précédent, ce chapitre présente les objectifs et la méthodologie de la présente étude. Les questions et objectifs de recherche sont d'abord présentés, suivis des fondements méthodologiques.

3.1 Les objectifs de recherche

L'objectif général de cette étude est de mieux comprendre ce qui influence la santé des adultes ayant un faible revenu, avec la participation de ces personnes. Pour comprendre de manière approfondie ce qui influence la santé de ces personnes, la question spécifique suivante se pose : « Qu'est-ce qui nuit à la santé de ces personnes ? ». En lien avec cette question, une seconde question se pose : « Qu'est-ce que ces personnes font en lien avec ce qui nuit à leur santé ? ». De plus, étant donné la participation de ces personnes, une troisième question se pose : « Quels sont les effets de la participation pour ces personnes ? ».

En lien avec ces questions, les objectifs spécifiques de cette étude sont d'identifier et de décrire : (a) les facteurs nuisant à la santé de ces personnes, en particulier les facteurs sociaux et psychosociaux; (b) les stratégies et actions de ces personnes en lien avec les facteurs identifiés; et (c) les effets de la participation pour ces personnes, en particulier leurs apprentissages. Dans ce mémoire, les stratégies correspondent à ce qui est fait pour s'ajuster à la situation sociale vécue, sans transformer celle-ci, et les actions correspondent à ce qui est fait pour résister ou se mobiliser, en vue de transformer la situation sociale vécue.

L'atteinte de ces objectifs permettra de contribuer à la compréhension des facteurs influençant la santé, en particulier des facteurs psychosociaux. L'atteinte des objectifs permettra aussi de contribuer à la compréhension des effets de la participation dans les études participatives, en particulier des apprentissages faits par les personnes. Pour atteindre ces objectifs, la présente étude s'appuie sur les fondements méthodologiques qui suivent.

3.2 Les fondements méthodologiques

La présente étude utilise une approche de recherche participative et une méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire. L'approche de recherche participative, présentée au chapitre précédent, est utilisée, car elle pourrait permettre une compréhension approfondie des situations et perceptions, en permettant la participation des personnes à la recherche, à l'action et à l'éducation (Brydon-Miller et coll., 2011; Freire, 1982; Park, 1993). La méthode de présentation de problèmes, décrite ci-après, est utilisée, car elle favorise la participation des personnes et vise la compréhension et l'action à l'égard des situations vécues (Freire, 1978, 1996; Kamberelis et Dimitriadis, 2011). Cette méthode est présentée avec la pédagogie de Freire, celle-ci ayant influencée la position de la chercheuse (auteure) et les choix méthodologiques de la présente étude.

La pédagogie de Freire

La pédagogie de Freire (1978, 1996) est une méthode d'enseignement propre à une philosophie critique de l'éducation traditionnelle. Elle a été développée dans un contexte d'alphabétisation et d'éducation des adultes au Brésil. L'éducation est vue comme une pratique de libération et non un instrument de domination. La pédagogie de Freire (1996) part du fait que la situation sociale est inhumaine, c'est-à-dire qu'il y a injustice, exploitation, oppression et violence, et que cette situation peut être transformée par la rencontre (dialogue), la réflexion et l'action (praxis) et la conscience critique (conscientisation) des personnes concernées par cette situation et de celles qui les accompagnent. Les personnes concernées par cette situation et celles qui les accompagnent sont partenaires dans le processus de transformation de la situation sociale. La méthode associée à la pédagogie de Freire est la méthode de présentation de problèmes.

La méthode de présentation de problèmes. La méthode de présentation de problèmes consiste à examiner collectivement des éléments liés à la situation des personnes pour favoriser la compréhension de cette situation et l'action (Freire, 1978, 1996; Kamberelis et Dimitriadis, 2011). Les éléments examinés peuvent être le langage (mots, phrases) des personnes, les images (photographie, peinture) représentant la situation des personnes ou tout autre moyen pouvant mettre en lumière la situation des personnes. Les

moyens utilisés sont adaptés au milieu. Bien que cette méthode ait été développée comme activité pédagogique, elle implique aussi des activités de recherche et d'action (Kamberelis et Dimitriadis, 2011). Cette méthode est appropriée pour la recherche.

L'approche de recherche participative

L'approche de recherche participative de la présente étude s'appuie sur les fondements de l'approche de recherche participative présentés au chapitre précédent et de la pédagogie de Freire présentés précédemment. D'autres prémisses de recherche sont présentées ici et sont influencées par la pédagogie de Freire et l'approche de recherche participative (Freire, 1982, 1996; Rahman, 2008).

La réalité comprend les faits et les perceptions des personnes concernées par ces faits. La compréhension de la réalité nécessite alors la compréhension de la relation entre les faits et les perceptions des personnes. Cette compréhension nécessite la participation des personnes comme agents et non objets de recherche.

Les participants et participantes et les chercheurs et chercheuses sont partenaires dans le processus de recherche. Cette relation implique une relation de confiance et humaine, qui ne reproduit pas l'injustice, l'exploitation, l'oppression et la violence.

Le processus de recherche est parallèlement un processus d'apprentissage, tant pour les participants et participantes que pour les chercheurs et chercheuses. Enfin, les participants et participantes et les chercheurs et chercheuses participent ensemble à la recherche, à l'action et à l'éducation, par et pour eux-mêmes et elles-mêmes.

3.3 Synthèse du chapitre

La présente étude se distingue des études précédentes en proposant d'examiner de manière plus approfondie les facteurs influençant la santé des adultes ayant un faible revenu, en particulier les facteurs sociaux et psychosociaux nuisant à leur santé, par l'utilisation d'une approche de recherche participative et d'une méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire. Ayant présenté les objectifs et la méthodologie de la présente étude, le chapitre suivant présente un complément à la méthode de recherche décrite dans l'article scientifique au chapitre 5.

4 Méthode (complément à l'article)

Alors que le chapitre précédent présentait les objectifs et la méthodologie de la présente étude, ce chapitre présente un complément à la méthode de recherche décrite dans l'article scientifique au chapitre suivant. Ce complément porte sur la collaboration avec l'organisme communautaire, le recrutement des participants et participantes, la détermination des objectifs de recherche, la collecte et l'analyse des données, la présentation des résultats et les considérations éthiques. Les participants et participantes ont participé à la détermination des objectifs, à la collecte et l'analyse des données et à la présentation des résultats. L'auteure était organisatrice et facilitatrice.

4.1 La collaboration avec l'organisme communautaire

Le projet de recherche a été réalisé en collaboration avec un organisme communautaire local. L'auteure a contacté et rencontré la directrice de l'organisme, échangé sur le projet de recherche et sur l'organisme et établi une collaboration. La directrice de l'organisme a proposé de collaborer avec l'équipe responsable des activités de sécurité alimentaire, qui incluent un service de dépannage alimentaire. L'auteure a discuté avec cette équipe du projet de recherche, des modalités de recrutement des participants et participantes et des accommodements possibles pour les participants et participantes, comme le transport et la garde des enfants. Pour le recrutement, l'équipe a suggéré de procéder lors du service de dépannage alimentaire et des ateliers de cuisine et de distribuer un prospectus pour susciter l'intérêt. L'auteure a aussi discuté avec la directrice de l'organisme de questions éthiques, comme la confidentialité. Les décisions prises lors de ces discussions ont été incluses au protocole de recherche. Le protocole de recherche et les documents associés ont été soumis au coordonnateur des activités de sécurité alimentaire et à la directrice de l'organisme, avant d'être soumis au Comité d'éthique de la recherche.

Le café et la collation ont été fournis par l'organisme communautaire lors des rencontres de groupe. Un lunch a été fourni par l'organisme communautaire et l'équipe de recherche lors de la dernière rencontre de groupe pour la collecte des données et lors de la rencontre de groupe pour la vérification des résultats.

4.2 Le recrutement des participants et participantes

Le recrutement a eu lieu principalement lors du service de dépannage alimentaire de l'organisme communautaire. Ce service a lieu une fois par semaine, mais les personnes qui rencontrent les critères d'accès au service peuvent en bénéficier une fois par mois maximum. Ces personnes peuvent être bénévoles lors du service et bénéficier du service comme compensation pour leur bénévolat. Pour le recrutement lors de ce service, l'auteure a suivi la procédure qui suit à dix reprises. Avant l'heure du service, l'auteure a distribué un prospectus (annexe 4) et s'est présentée auprès de chaque personne arrivant ou attendant pour le service. Suite à une présentation de la responsable du service, l'auteure a présenté le projet de recherche aux personnes attendant le service et a posé les questions inscrites sur le prospectus pour susciter l'intérêt. L'auteure a invité les personnes à assister à une séance d'information interactive et noté les coordonnées des personnes intéressées à participer au projet. Lors de la séance d'information interactive, neuf personnes étaient présentes, incluant deux futures participantes.

En plus de cette procédure de recrutement, l'auteure a présenté le projet à deux reprises aux bénévoles du service de dépannage alimentaire et le coordonnateur des activités de sécurité alimentaire a présenté le projet aux ateliers de cuisine. L'équipe responsable des activités de sécurité alimentaire a aussi invité certaines personnes à participer au projet.

Le recrutement a été poursuivi jusqu'à la moitié du nombre total de rencontres de groupe pour la collecte des données, soit jusqu'à la quatrième rencontre. Cette procédure a permis de recruter un total de huit participants et participantes, sans compter deux autres personnes qui se sont retirées au début de la collecte des données⁶.

Les participants et participantes

En plus des caractéristiques décrites dans l'article scientifique au chapitre suivant, les participants et participantes présentaient les caractéristiques qui suivent. Deux des personnes étaient des nouveaux membres de l'organisme communautaire et ont été recrutés lors de leur première visite au service de dépannage alimentaire. À l'exception de ces

⁶ Pour un groupe de discussion, la taille peut varier de 6 à 10 personnes pour favoriser les multiples perspectives tout en permettant aux personnes de s'exprimer (Fortin, 2010).

nouveaux membres, les personnes utilisaient plus d'un service offert par l'organisme communautaire et connaissaient bien l'organisme. Parmi ces personnes, trois étaient bénévoles au service de dépannage alimentaire. Au début des rencontres de groupe, certains participants et participantes se connaissaient de manière générale, mais aucune personne ne se connaissait intimement.

4.3 La détermination des objectifs de recherche

Les objectifs de recherche ont été discutés lors de la séance d'information interactive et au début de la collecte des données. Lors de la séance d'information interactive, une des futures participantes a indiqué l'importance de reconnaître ce qui est déjà fait et non seulement ce qui peut être fait. Son idée a été discutée au début de la collecte des données et a constitué un des objectifs spécifiques de l'étude.

4.4 La collecte des données

Huit rencontres de groupe pour la collecte des données ont eu lieu une fois par semaine, de septembre à novembre 2014, avec en moyenne cinq à six participants et participantes par rencontre. Les rencontres duraient en moyenne deux heures et demie. Le nombre et la durée des rencontres ont été déterminés en groupe selon le sentiment que ce qui devait être discuté avait été discuté. La fréquence des rencontres a aussi été déterminée en groupe, soit une fréquence hebdomadaire pour maintenir l'intérêt. Des enregistrements audio des rencontres ont été réalisés avec le consentement des participants et participantes. Les rencontres ont eu lieu dans un local de l'organisme communautaire. Un tableau et des craies étaient disponibles et ont été utilisés par la facilitatrice et les participants et participantes, par exemple, pour indiquer le plan de la rencontre ou pour illustrer un propos.

À la première rencontre ainsi qu'à la première moitié de la seconde rencontre, les participants et participantes et la facilitatrice se sont présentés, ont clarifié le concept de santé et ont discuté des composantes du projet de recherche, incluant leurs rôles et droits (voir la section 4.7), les objectifs de recherche (voir la section 4.3), le calendrier des rencontres et le questionnaire sur les caractéristiques des participants et participantes.

Pour les présentations, la facilitatrice a invité les participants et participantes à se nommer et à parler de soi, par exemple, qui la personne est, des aspects de sa vie, comment la personne se sent ou comment elle se sent par rapport au projet. Après qu'une personne se soit présentée, le groupe pouvait lui poser des questions. Les participants et participantes ont parlé de leur situation actuelle ou passée, de leur état d'âme et de leur intérêt par rapport au projet. Certaines présentations étaient émotives et le groupe était compréhensif, ce qui a probablement permis de créer un espace propice à s'exprimer. La facilitatrice a invité les participants et participantes qui ont rejoint le groupe après la première rencontre à se présenter lors de leur arrivée dans le groupe.

Après la présentation de la facilitatrice et considérant sa formation en nutrition, un participant a demandé si la recherche actuelle portait sur la nutrition ou sur la santé. La facilitatrice a confirmé que la recherche portait sur la santé et a alors demandé « qu'est-ce qu'on entend par santé ? ». Une participante a répondu : « Je crois que tout est intégré, parce que s'il y a santé mentale, il y a santé physique. ». Les participants et participantes ont appuyé la réponse de la participante. Ainsi, pour les participants et participantes, la santé est intégrale, incluant la santé physique et la santé mentale qui s'influencent. À cette première rencontre et aux rencontres suivantes, les participants et participantes ont souvent fait référence à la santé physique et mentale ainsi qu'au bien-être et certaines personnes ont aussi fait référence à la santé morale et spirituelle.

À la première rencontre, les dates des cinq rencontres suivantes ont été déterminées en groupe, pour un total de six rencontres. À la cinquième rencontre, le groupe a décidé de poursuivre avec deux rencontres supplémentaires, pour un total de huit rencontres. La facilitatrice a remis aux participants et participantes le matériel suivant : un portfolio, un calendrier, un cahier de notes, des feuillets autocollants et un stylo. Elle a invité les personnes à noter ou se rappeler leurs réflexions et actions entre les rencontres, pour les partager aux rencontres suivantes, si désiré.

La facilitatrice a distribué un questionnaire sur les caractéristiques des participants et participantes. Avant que les personnes complètent le questionnaire, la facilitatrice a révisé celui-ci avec les personnes, les invitant à le commenter ou à poser leurs questions. Il y a eu une discussion sur la question des problèmes de santé principaux, sur les enjeux d'identification et de jugement. Finalement, le groupe a fait une distinction entre ce qui est

répondu au questionnaire et ce qui est partagé au groupe. Aussi, une participante a proposé que, pour la présentation des résultats, les problèmes de santé soient présentés selon le type, soit un problème de santé physique ou un problème de santé mentale, plutôt que de manière spécifique.

De la seconde moitié de la seconde rencontre à la septième rencontre, la méthode de présentation de problèmes a été utilisée. Trois activités ont été réalisées avec cette méthode et sont décrites ci-après. Pour ces activités, les participants et participantes et la facilitatrice étaient assis sur des chaises disposées en cercle autour d'une table basse, pour favoriser la discussion en profondeur. Les questions étaient ouvertes et il y avait la possibilité d'actions. En plus, au cours des rencontres, la facilitatrice a invité les personnes à prendre leur place et à dire ce qu'elles ont à dire, sans attendre qu'elle leur donne l'opportunité.

Pour la première activité, à la première rencontre, la facilitatrice a invité les personnes à apporter à la rencontre suivante quelque chose (p.ex. un objet, une image, une photo, un texte, une histoire) qui représente, pour elles, ce qui nuit à leur santé. De la seconde moitié de la seconde rencontre à la quatrième rencontre, les personnes ont présenté leur quelque chose. Après chaque présentation, le groupe pouvait poser des questions ou commenter. Entre autres, deux personnes ont apporté un texte et relaté, en lien avec ce texte, un ou des épisodes marquants de leur vie. Aussi, une personne a présenté une image représentant son problème de santé mentale et une autre avait dessiné au tableau une image représentant la pollution tant environnementale que sociale (p.ex. les relations au travail).

La seconde activité a eu lieu aux cinquième et sixième rencontres et visait à faire ressortir les facteurs importants pour les personnes, nuisant à leur santé. La facilitatrice a demandé aux personnes ce qui nuit le plus à leur santé et a chronométré les personnes afin qu'elles répondent en une minute. Le groupe a convenu que les personnes pouvaient compléter leur pensée lorsque la facilitatrice mentionnait que la minute était écoulée. Les personnes ont répondu à tour de rôle. Le groupe a aussi convenu de faire un second tour étant donné que les personnes désiraient s'exprimer davantage par rapport à la question. Au second tour, les personnes ont synthétisé, précisé ou ajouté des éléments de réponse. L'activité a semblé être appréciée par les personnes, car elle oblige à cibler et expliciter ce qui nuit le plus à leur santé; elle a cependant paru difficile pour les personnes qui percevaient plus d'une chose nuisant à leur santé de manière équivalente. Les

problématiques rapportées par les personnes font partie des résultats présentés au chapitre suivant.

La troisième activité a eu lieu à la septième rencontre et était basée sur le jeu de rôle. Le jeu de rôle consiste en une simulation par les personnes d'une situation, ce qui permet aux personnes de vivre cette situation et d'identifier leurs réactions physiques et émotionnelles (Wiggins, 2011). Le jeu de rôle a été utilisé pour examiner ce qui est fait et peut être fait face à ce qui nuit à la santé des personnes, en simulant des situations problématiques vécues par ces dernières. Par exemple, la facilitatrice a proposé que deux personnes mettent en scène une situation dans laquelle une personne reçoit un service et est mal traitée par l'autre personne qui offre le service. Elle a ensuite proposé que deux autres personnes mettent en scène une situation dans laquelle la personne qui reçoit un service et qui est mal traitée réagit. La participation au jeu de rôle était volontaire. Les personnes étant assises en cercle, une personne se déplaçait légèrement pour interagir avec l'autre personne et les autres personnes étaient spectatrices. Chaque jeu de rôle durait quelques minutes. Une situation ayant été mise en scène était une personne se présentant à la réception pour un rendez-vous médical, mais se faisant dire qu'elle n'a pas de rendez-vous; la personne a réagi en disant qu'elle a bien un rendez-vous et en appelant la personne ayant confirmé le rendez-vous. Bien que l'activité n'ait pas semblé facile à comprendre initialement, les personnes ont paru y participer pleinement. L'activité a été suivie par une discussion sur des situations problématiques vécues par les personnes dans lesquelles elles ont fait des démarches en vue de régler la problématique vécue.

Au cours des rencontres et à la dernière rencontre, la facilitatrice a posé des questions sur l'expérience des personnes dans le groupe et le projet. Par exemple, à la fin des activités et des rencontres, la facilitatrice demandait aux personnes comment elles avaient trouvé celles-ci. Aussi, de la quatrième à la sixième rencontre, la facilitatrice a demandé aux personnes quelle était la particularité du groupe comparativement à d'autres groupes et si elles voulaient dire quelque chose par rapport au groupe ou au projet.

À la huitième et dernière rencontre pour la collecte des données, la facilitatrice a proposé que la rencontre soit plus libre que les précédentes, bien qu'elle avait écrit trois questions au tableau : « Comment voyez-vous ça, le fait que c'est la fin de nos rencontres à chaque semaine ? », « Qu'avez-vous découvert ? », « Est-ce qu'il s'est passé quelque chose

depuis le début de nos rencontres ? ». Les participants et participantes ont répondu aux questions et ajouté d'autres points. Entre autres, il y a eu une discussion sur la possibilité de poursuivre les rencontres. La fin de la rencontre a été déterminée lorsque les personnes avaient dit ce qu'elles avaient à dire et qu'elles s'informaient par rapport à l'analyse des données.

Après chaque rencontre, la facilitatrice a rédigé des notes de terrain, incluant des notes d'observation, méthodologiques, théoriques et personnelles (McQuiston et coll., 2005). En plus, pendant le processus de recherche, l'auteure a tenu un journal incluant des descriptions du processus de recherche, des réflexions personnelles, des idées analytiques et des décisions méthodologiques (Lincoln et Guba, 1985).

4.5 L'analyse des données

Après chaque rencontre pour la collecte des données, la facilitatrice a écouté les enregistrements audio, noté des idées initiales et transcrit de manière intégrale les enregistrements audio en utilisant des méthodes ethnographiques (Centre for Oral History and Digital Storytelling, 2013; Powers, 2005). Lors des cinquième, sixième et septième rencontres pour la collecte des données, la facilitatrice a vérifié les idées initiales avec les participants et participantes. Elle a inscrit les idées au tableau, remis aux personnes une feuille présentant les idées et vérifié les idées avec les personnes.

Suite aux rencontres pour la collecte des données, cinq rencontres de groupe et cinq rencontres individuelles pour l'analyse des données ont eu lieu de novembre 2014 à février 2015, avec un total de six participants et participantes. Les rencontres individuelles ont eu lieu en parallèle aux rencontres de groupe pour accommoder une personne ayant vécu un conflit avec une autre personne dans le groupe (voir le chapitre 6). Une deuxième personne s'est jointe à la dernière rencontre individuelle, n'étant pas disponible pour celle de groupe. Les rencontres individuelles ont eu lieu dans un local insonorisé du campus universitaire, celui-ci étant situé dans le même secteur que l'organisme communautaire. Les rencontres de groupe ont eu lieu dans le même local que celui utilisé pour la collecte des données, sauf une rencontre qui a eu lieu dans un autre local, le local habituel étant occupé pour des activités de l'organisme. Au début de chaque rencontre, la facilitatrice a mis à jour les personnes concernant la rencontre avec les autres personnes. Le calendrier

des rencontres a été déterminé au fur et à mesure : à la fin d'une rencontre, les participants et participantes et la facilitatrice déterminaient la date de la rencontre suivante.

À la première rencontre, la facilitatrice a rappelé les questions de recherche, soit ce qui nuit à la santé des personnes, ce qui est fait par ces personnes et les effets de la participation pour ces personnes. Elle a précisé que le fait d'analyser les données ne signifie pas que le groupe cesse de chercher les solutions aux problèmes. Elle a présenté les règles générales de transcription suivies (voir la note à l'annexe 6 pour un exemple). Elle a distribué une copie de la première partie de la transcription 5, correspondant à la première moitié de la cinquième rencontre et contenant des réponses à la question de ce qui nuit le plus à la santé des participants et participantes. La facilitatrice a fourni des surligneurs de couleur et des feuillets autocollants et a proposé un code de couleur pour chaque question de recherche. Elle a proposé de lire la transcription individuellement, en surlignant les extraits de phrases ou de paragraphes répondant à la question de ce qui nuit à la santé des personnes et en notant dans la marge un code identifiant ce qui était dit explicitement ou implicitement. Pour cette transcription et les suivantes, les personnes ont surligné ou souligné les extraits et noté les codes dans la marge. Une personne a noté les codes sur des feuillets autocollants qu'elle apposait sur les extraits de sa copie et qu'elle remettait ensuite à la facilitatrice qui les apposait sur les extraits de sa propre copie.

Après la période de lecture, en procédant page par page en groupe, les participants et participantes ont énoncé les extraits et codes identifiés. La facilitatrice a noté ceux-ci sur sa copie et a posé des questions pour clarifier les éléments identifiés. Les premières pages de la transcription 5 ont ainsi été réalisées lors de la première rencontre. Certaines personnes ont trouvé la période de lecture fatigante. Une personne a proposé de poursuivre la lecture chez soi pour pouvoir lire à son rythme et les autres personnes ont appuyé la proposition. La facilitatrice a obtenu l'accord des autres participants et participantes avant de remettre une copie des transcriptions, celles-ci contenant un code remplaçant le nom des personnes (voir la section 4.7). La facilitatrice a récupéré et détruit les copies remises, après la rencontre pour la vérification des résultats (rencontre détaillée plus loin).

La facilitatrice a remis de manière progressive une copie de la première partie des transcriptions 5, puis 6 et 7, puis 3 et 8. Elle a aussi remis des surligneurs de couleur et des feuillets autocollants. Elle a invité les participants et participantes à lire chez soi les

transcriptions en identifiant ce qui nuit à la santé des personnes et ce qui est fait par les personnes. De la troisième à la cinquième rencontre, en procédant page par page en groupe, les participants et participantes ont énoncé les extraits et codes identifiés. Les personnes commentaient parfois les éléments identifiés. La facilitatrice a noté les éléments identifiés et les commentaires. Vers la fin des transcriptions et du processus, les personnes ont dit que les éléments se répétaient et qu'elles n'avaient pas identifié d'éléments nouveaux. Par ailleurs, le groupe a reconnu que les transcriptions étaient difficiles à lire étant donné le parler québécois, les discours qui se chevauchent et les phrases interrompues. Aussi, une personne a mentionné la difficulté à se remettre dans le travail d'analyse lorsque les rencontres sont espacées.

En plus de lire les transcriptions, le groupe a révisé la liste des codes et groupes à deux reprises. À la seconde rencontre, la facilitatrice a présenté une liste des codes et groupes de ce qui nuit à la santé des personnes et de ce qui est fait par les personnes. La liste était écrite à la main sur de grandes feuilles, avec des marqueurs de couleur pour identifier chaque groupe. Les participants et participantes ont commenté et révisé la liste directement sur les grandes feuilles. Il semble que l'utilisation des grandes feuilles et des marqueurs de couleur ait permis de rendre le travail inclusif et agréable. La facilitatrice a aussi remis une copie de la liste, dont le contenu était similaire à celui des grandes feuilles. Elle a invité les personnes à réviser la liste avec la lecture des transcriptions. À la quatrième rencontre, la facilitatrice a remis une liste révisée des codes et groupes et, en procédant code par code, les participants et participantes ont commenté et clarifié les codes et groupes.

Lors des rencontres, les participants et participantes ont poursuivi leurs réflexions et discuté de leurs situations problématiques et de la recherche de solutions. Entre autres, lors des premières rencontres, les personnes ont discuté de la possibilité de poursuivre les rencontres de groupe et une personne s'était proposée pour s'informer des démarches nécessaires pour amorcer cela à l'organisme.

Suite aux rencontres pour l'analyse des données, une rencontre de groupe et une rencontre individuelle pour vérifier les résultats, interprétations et conclusions ont eu lieu en septembre 2015, avec un total de cinq participants et participantes. Les rencontres ont débuté par un tour de table pour permettre aux personnes d'exprimer ce qu'elles désiraient.

La facilitatrice a ensuite remis deux documents. Le premier document était une feuille indiquant : (a) les coordonnées de l'équipe de recherche, du Comité d'éthique de la recherche et du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services; (b) les questions à considérer lors de la vérification, soit « est-ce que ce qui est écrit correspond à la réalité ou à ce qui a été dit ? » et « est-ce qu'il manque des éléments ? »; (c) les objectifs de recherche; et (d) la structure du second document. Le second document présentait : (a) les caractéristiques des participants et participantes; (b) la définition de la santé selon les participants et participantes; et (c) les résultats, soit les facteurs nuisant à la santé des personnes, les stratégies et actions des personnes et les effets de la participation pour les personnes. Ce second document présentait un rapport des résultats, incluant les thèmes et sous-groupes, les descriptions, les extraits de transcription, les interprétations et les conclusions. La facilitatrice a lu ce document avec les participants et participantes et les personnes intervenaient pour questionner et clarifier les propos. Après la vérification du document, la facilitatrice a demandé aux personnes quoi faire avec les résultats et à qui les partager. Elle a aussi demandé si des personnes étaient intéressées à participer à la présentation des résultats à l'organisme communautaire, ce qui pouvait inclure préparer et pratiquer la présentation. Trois personnes étaient intéressées, dont deux étaient disponibles.

4.6 La présentation des résultats

L'auteure a discuté avec les participants et participantes, le coordonnateur des activités de sécurité alimentaire et la directrice de l'organisme des façons de présenter les résultats. La directrice de l'organisme a proposé de présenter les résultats à une rencontre mensuelle de l'équipe de direction et coordination.

Une rencontre pour préparer la présentation a eu lieu en novembre 2015 avec deux participantes. Lors de cette rencontre, la facilitatrice a présenté des diapositives imprimées sur papier et présentant le contexte et les objectifs de recherche, le déroulement de la recherche et les caractéristiques des participants et participantes. Les participantes ont ajouté et nuancé des points. Pour sélectionner les résultats à présenter, la facilitatrice a présenté les résultats sous forme de feuilles présentant un thème ou sous-groupe et de feuillets autocollants contenant des codes, apposés sur la feuille du sous-groupe correspondant. Les participantes ont reformulé des thèmes et sous-groupes et sélectionné le

contenu à présenter. Elles ont proposé que tous les thèmes et sous-groupes soient énoncés et que certains, sélectionnés par le groupe, soient détaillés. Les conclusions et recommandations ont été déterminées en groupe. Les participantes étaient intéressées à présenter, mais une seule était disponible. Cette dernière et l'auteure se sont rencontrées pour pratiquer la présentation et ont présenté les résultats et recommandations à l'équipe de direction et coordination en avril 2016.

Lors de la présentation à l'équipe de direction et coordination, huit personnes étaient présentes, incluant les deux présentatrices, la directrice de l'organisme, quatre coordonnateurs et coordonnatrices des secteurs d'activités de l'organisme et une responsable des activités de sécurité alimentaire. Des copies de la présentation ont été remises aux personnes présentes ainsi que pour afficher sur le babillard de l'organisme et pour remettre aux participants et participantes. Les personnes présentes ont interagi avec les présentatrices pendant et après la présentation.

Les participants et participantes n'ont pas été impliqués dans la rédaction de l'article scientifique. Le manuscrit de l'article a été soumis à la directrice de l'organisme, avant d'être soumis à la revue scientifique.

4.7 Les considérations éthiques

Lors du recrutement, l'auteure a rencontré individuellement les personnes intéressées à participer au projet, pour déterminer leur éligibilité et obtenir leur consentement écrit, libre et éclairé. Elle a informé les personnes des risques et inconvénients liés à leur participation, de l'accommodement possible pour le transport et la garde des enfants, des moyens prévus pour assurer la confidentialité de leur identité, que leur participation était volontaire et qu'elles pouvaient se retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons.

Concernant les risques et inconvénients, les personnes ont été informées qu'il pourrait y avoir certains désaccords lors des rencontres et que, pour limiter ces désaccords, les sources potentielles de désaccords et les modes d'entente seraient discutés à la première rencontre. Les personnes ont aussi été informées qu'elles pourraient vivre une réaction émotionnelle ou une nouvelle préoccupation suite aux rencontres et qu'elles pourraient communiquer en tout temps avec une personne de l'équipe de recherche ou de l'organisme

communautaire. En plus, les personnes ont été informées de la possibilité que certaines informations les concernant soient partagées sans leur consentement pendant ou en dehors des rencontres, mais que les participants et participantes et la facilitatrice s'engageraient à ne pas partager les informations pouvant causer un préjudice aux personnes. Enfin, les personnes ont été informées qu'un inconvénient lié à leur participation au projet était le temps consacré aux rencontres et aux déplacements.

Lors de la première rencontre, les rôles et droits des participants et participantes et de la facilitatrice ont été discutés. La facilitatrice a remis une feuille présentant ces éléments, qu'elle a mis à jour suite à la discussion, et a remis une feuille mise à jour à la rencontre suivante. Les membres du groupe ont convenu des points suivants : ils cherchent et apprennent ensemble; ils peuvent s'impliquer dans toutes les étapes de la recherche; leur contribution peut être reconnue; les données sont accessibles, à l'exception de celles permettant d'identifier les personnes; et ils respectent la confidentialité des autres. La facilitatrice a mentionné qu'elle pouvait être organisatrice, facilitatrice ou une ressource technique et qu'elle tiendrait compte des exigences académiques et des exigences du groupe. La facilitatrice a demandé aux personnes de l'aviser si elles désiraient se retirer du projet ou si elles pensaient manquer une rencontre. Elle les a informées qu'elle les contacterait si elles manquaient une rencontre, pour les maintenir à jour, et qu'elles pouvaient communiquer en tout temps avec une personne de l'équipe de recherche ou de l'organisme communautaire. En plus, quelques règles pour s'entendre lors de la prise de parole ou de conflits ont été discutées, soit de communiquer entre les membres du groupe tout en respectant l'autre et d'exprimer comment la personne se sent.

Lorsque la facilitatrice communiquait avec les personnes ayant manqué une rencontre, elle vérifiait si celles-ci désiraient poursuivre leur participation au projet et être maintenues à jour. En plus, avant la tenue des rencontres pour l'analyse des données, la vérification des résultats et la présentation des résultats, la facilitatrice a rappelé que la participation à ces activités était volontaire et a vérifié si les personnes désiraient y participer et être maintenues à jour. À notre connaissance, la participation au projet n'était pas perçue par les personnes comme pouvant influencer leur accès aux services offerts par l'organisme communautaire. Le projet de recherche a été présenté de manière indépendante aux services offerts par l'organisme, soit comme un projet étudiant réalisé dans le cadre

d'un programme d'études universitaires de maîtrise, et n'a en aucun cas été présenté comme pouvant influencer l'accès aux services offerts par l'organisme.

Lorsque les personnes manifestaient un besoin de soutien individuel, elles ont été mises en contact avec un intervenant psychosocial de l'organisme communautaire, recommandé par la directrice de l'organisme. Par exemple, une semaine avant la dernière rencontre pour la collecte des données, une personne a contacté la facilitatrice et exprimé son mécontentement quant au processus, incluant le manque de soutien pour les participants et participantes. La facilitatrice a fait preuve d'écoute et a proposé à la personne une rencontre individuelle avant la dernière rencontre pour la collecte des données. La facilitatrice a aussi proposé à la personne que l'intervenant psychosocial de l'organisme soit présent à la rencontre. La personne a accepté cette présence. Après cette rencontre avec la facilitatrice et l'intervenant, la personne a rencontré individuellement la facilitatrice et plus tard, l'intervenant.

Concernant l'accommodement, les coûts de transport pour un participant et une participante résidant à une distance éloignée de l'organisme communautaire ont été remboursés par l'équipe de recherche. Finalement, pour assurer la confidentialité de l'identité, le nom des personnes a été remplacé par un code formé de lettres et de chiffres dans les documents comme les transcriptions, les notes de terrain, le journal et le questionnaire sur les caractéristiques des participants et participantes.

4.8 Synthèse du chapitre

Ce chapitre précisait des aspects de la méthode de recherche et de la participation des personnes impliquées, en complément de la méthode de recherche décrite dans l'article scientifique au chapitre suivant. En plus de la méthode de recherche, le chapitre suivant présente les résultats en lien avec les facteurs influençant la santé.

5 Résultats (article) : les facteurs influençant la santé

Alors que le chapitre précédent présentait un complément à la méthode de recherche, ce chapitre présente la méthode et les résultats de recherche par l'intermédiaire d'un article scientifique rédigé en anglais. Les résultats présentés ici portent sur les facteurs sociaux et psychosociaux et les stratégies et actions de la vie quotidienne. Les résultats portant sur les effets de la participation sont présentés au chapitre suivant. Un avant-propos et un résumé en français précèdent le manuscrit de l'article soumis pour publication.

5.1 Avant-propos

L'article s'intitule : « *Participatory study of health determinants with low-income adults in an urban setting* ». Les auteures sont : Caroline H.-Y. Wang, Christine Loignon et Catherine Hudon. Le manuscrit de l'article a été soumis pour publication au *American Journal of Community Psychology* le 27 janvier 2017.

Caroline H.-Y. Wang est la première auteure de l'article. Elle a élaboré et réalisé le projet de recherche. Elle a rédigé et révisé les versions du manuscrit. Christine Loignon et Catherine Hudon sont co-auteures de l'article. Elles ont supervisé les travaux de la première auteure et ont révisé les versions du manuscrit. Les auteures ont approuvé la version finale du manuscrit. Les co-auteures ont autorisé l'intégration de l'article au mémoire.

La liste des codes et groupes relatifs aux facteurs nuisant à la santé des participants et participantes est présentée à l'annexe 5 pour illustrer la codification et l'organisation des données pour la question « ce qui nuit à la santé » des participants et participantes. De plus, les citations du code « Écart entre la situation actuelle et la situation passée ou idéale » sont présentées à l'annexe 6 pour appuyer le thème central de ce qui nuit à la santé des participants et participantes, soit la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie.

5.2 Résumé

Alors que les associations statistiques entre la situation sociale (incluant la position sociale) et la santé sont bien établies, les mécanismes psychosociaux sous-tendant ces associations ne sont pas complètement compris. Avec un groupe d'adultes ayant un faible revenu, nous avons utilisé une approche de recherche participative combinée à la méthode de présentation de problèmes et à l'analyse qualitative (thématique). Nous avons identifié les problématiques sociales et psychosociales nuisant à la santé des participants et participantes ainsi que les stratégies et actions de ces personnes à l'égard de ces problématiques. Nous avons trouvé que « la dissonance entre la réalité et l'idéal de l'individu » est un thème central, où « l'idéal » fait partie de la conception individuelle du monde et de soi, formée à travers les interactions sociales tôt dans la vie. La dissonance génère un profond mal-être et suit la perte ou la non atteinte d'un idéal de situation sociale. La dissonance est un déterminant individuel de la santé et est montré comme reliant les expériences de l'enfance et la santé de l'adulte. Des études subséquentes devraient examiner l'influence de ce facteur sur la santé.

Mots-clés : pauvreté, santé, déterminant social, facteur psychosocial, stratégie d'ajustement, recherche participative

5.3 Abstract

Whereas statistical associations between social circumstances (including social status) and health are well established, the psychosocial mechanisms underlying these associations are not fully understood. With a group of low-income adults, we used a participatory research approach combined with the problem-posing method and qualitative (thematic) analysis. We identified social and psychosocial issues harming the health of participants as well as strategies and actions used by participants in response to these issues. We found that “dissonance between the individual’s reality and the individual’s ideal” is a core theme, where the “ideal” is part of the individual’s conception of the world and the self, formed through early-life social interactions. The dissonance generates profound malaise and follows a loss or a failure to achieve an ideal of social circumstances. The dissonance is a determinant of individual health and is shown to link childhood experiences and adult health. Further studies should examine the influence of this factor on health.

Keywords: poverty, health, social determinant, psychosocial factor, coping strategy, participatory research

5.4 Introduction

The association between poor social circumstances, including low social status, and poor health is well established (Adler & Stewart, 2010). However, the psychosocial mechanisms underlying this association are not fully known. Identifying and understanding these mechanisms will help inform health interventions and health policies. This is of great importance, especially for low-income adults, who experience higher mortality rates, higher risk of chronic diseases, and higher risk of psychological distress than do high-income adults (Mitra, Shaw, Tjepkema, & Peters, 2015; Orpana, Lemyre, & Gravel, 2009; Tjepkema, Wilkins, & Long, 2013).

Health Factors

Three main explanations of the association between social circumstances and health have been proposed: (a) the association is an artifact, without causal relationship; (b) social circumstances are influenced by health; and (c) health is influenced by socially determined factors, such as social and psychosocial factors (Solar & Irwin, 2010; Working Group on Inequalities in Health, 1980). Social factors or circumstances consist in resources and living conditions from childhood to adulthood, including social status and social relationships, and are determined by broader economical and societal processes.

Psychosocial factors or processes, such as stress, lack of control, low self-esteem, and negative emotions, have been proposed as underlying mechanisms—mediators or moderators—of the association between social circumstances and health (Marmot & Sapolsky, 2014; Matthews, Gallo, & Taylor, 2010). However, Matthews et al. (2010) have identified five studies out of nine that found that perceived stress or stressful circumstances had little or no role as mediators of the association between social status and health. They suggested that such measures of stress might be too general and that more refined analyses of psychosocial processes are necessary. By contrast, the mediating role of control (control at work, perceived control, control beliefs, or mastery) in the association between social status and health has been more consistently established by studies (Bosma, Schrijvers, & Mackenbach, 1999; Bosma et al., 2005; Marmot, Bosma, Hemingway, Brunner, & Stansfeld, 1997; Schnittker, 2004). Another study found that sense of control (high personal mastery and low perceived constraints) was a moderator of the association, as

low-income adults with high sense of control reported levels of health comparable to those reported by high-income adults with high sense of control (Lachman & Weaver, 1998).

Some researchers have argued that the way in which individuals compare themselves to others influences their health, that is, perception of evaluation by others poses a threat to self-esteem that can lead to self-image concern, feelings of inferiority and shame, anxiety, and stress-related biological response (Wilkinson & Pickett, 2011). Indeed, neuroimaging studies have found that negative social experiences, such as exclusion or rejection from social relationships, evaluation by others, or negative self-evaluation in comparison to others, activated neural regions similar to those associated with physical pain (Eisenberger, 2012). Matthews et al. (2010) have also reported that negative emotions or states, such as depression, anxiety, anger, and hostility, were mediators of the association between social status and health in six out of nine studies, and that an aggregate of factors, such as self-esteem, social support, mastery, and optimism, were mediators of the association in two out of three studies. In another study, self-esteem was a moderator of the association between daily hassles and physical symptoms (DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988).

Participatory Studies With Low-Income Adults

Whereas experimental and observational studies examine pre-determined variables, participatory research allows new factors to be identified as they emerge through the research process. This research approach fosters collaboration, participation, and action to understand and address issues of concern (Brydon-Miller, Kral, Maguire, Noffke, & Sabhlok, 2011; Nelson & Prilleltensky, 2010).

Previous participatory studies with low-income adults have identified social and psychosocial factors negatively affecting the health of these individuals, which included: (a) daily-life issues (lack of resources and poor living conditions, including poor social relationships); (b) related psychosocial issues (stress, low self-esteem, negative emotions or states, including depression, hopelessness, anger, and shame); and (c) structural issues (control and exclusion by institutions and communities) (Baker Collins, 2005; Redwood, 2008; Reid, 2002; Young & Wharf Higgins, 2010). One of these studies also reported the loss of freedom that comes with life on social assistance (Baker Collins, 2005). These

participatory studies also reported low-income adults' strategies to adjust to, or cope with, their circumstances (negotiating, socializing, fighting depression, caring for children, and adopting unhealthy behaviors) and actions to resist or mobilize against negative institutional practices. Other studies, such as qualitative studies and participatory studies with limited participation of low-income adults, identified similar daily-life issues, but fewer related psychosocial issues and structural issues (Baranowski, 1999; Bermúdez-Millán et al., 2011; Chircop, 2010; Doornbos, Zandee, DeGroot, & De Maagd-Rodriguez, 2013; Kaplan, Madden, Mijanovich, & Purcano, 2013; Mayer & Hamel, 1996; McAll et al., 2012). These other studies reported coping strategies adopted by low-income adults, but no actions to resist or mobilize.

Overall, deeper examination is needed to identify and understand the psychosocial mechanisms underlying the association between social circumstances and health. As a contribution to this effort, the aim of this study was to identify and understand social and psychosocial issues harming the health of low-income adults, using a participatory research approach combined with the problem-posing method. The problem-posing method allows people to examine issues they experience in creative ways, for example, through a group discussion on a painting or photograph that represents an issue of concern (Freire, 1978, 1996; Kamberelis & Dimitriadis, 2011). The method is especially suitable for a participatory research approach and for discovering important health factors. To reach a better understanding of social and psychosocial issues harming the health of low-income adults, this study also identified strategies and actions used by low-income adults in response to these issues. In this study, the research questions, approach, and method were guided by Freire's critical pedagogy (1978, 1996), which fosters participation of underprivileged people and understanding of issues through dialogue, reflection, and action.

5.5 Method

Participatory Research Approach

We collaborated with a community organization located in an area with a high prevalence of low-income adults (19.8% vs. 16.6% in the city and 17.6% in the metropolitan area; based on a 2010 after-tax low-income measure, for adults aged 18 to

64 years; Statistics Canada, 2013). The community organization aims to promote the autonomy of community members. It provides food security, social support, and recreation services, especially to people living in poverty, new immigrants, and older adults.

The participants were community members, who engaged in both the research process and in understanding the issues of concern. They were considered “participant-researchers”, in analogy to the term “student-teachers,” which refers to students as teachers rather than “students-of-the-teacher,” or passive objects (Freire, 1996). In this research project, participants themselves used the term “participant-researchers” to express their active role. In this article, we use the term “participants” for purposes of readability.

Throughout the research process, the first author sought input from the community organization and participants on methodological decisions.

Recruitment and Participants

Participant recruitment, as well as all-participant group meetings for data collection and data analysis, took place at the community organization’s facilities. Recruitment was carried out from July to September 2014. To solicit involvement from community members, the first author and two community workers in food security put up posters, distributed flyers, and talked with community members attending food bank services and cooking workshops. To prompt interest, two broad questions were asked (in French): “What prevents me from being healthy?” and “How can one address these obstacles?” In addition, the first author held an interactive information session to explain the research project and discuss the research questions with community members. The first author met one-on-one with community members interested in participating, to determine their eligibility and obtain their written, voluntary, and informed consent.

To be eligible, participants had to meet the food bank services’ criteria (i.e. reside in the community organization’s service area and have insufficient income to cover living expenses), be aged 18 years or older, and be able to participate in group meetings. Full-time postsecondary students and retired persons receiving pension were not eligible.

The participants were eight women and men, aged 44 to 63 years ($M = 51$), who had completed at least high school education and had an annual income under \$15,000 (Table 1). All participants were using food bank services provided by the community

organization, and all participants reported at least one physical health problem. Half (4) of the participants also reported mental health problems (“mental-health participants”), while two other participants had reduced mobility. The mental-health participants reported Québécois origins and were the only participants who presented themselves as former professionals. The participants with reduced mobility reported Québécois and Aboriginal origins. The mental-health participants and participants with reduced mobility were the only participants receiving last-resort financial assistance. The participants who reported Québécois origins (5) were living alone and had no children. The participants who reported Aboriginal (2) or Latin American (1) origins had both children and grandchildren; two were living in a couple or a family, while one, of reported Aboriginal origin, was living alone.

Table 1 Self-Reported Characteristics of Participants

Characteristic	Participant (<i>n</i> = 8)
Gender	
Women	5
Men	3
Age	
40-49	3
50-59	4
60-69	1
Ethnicity	
Québécois	5
Aboriginal	2
Latin American	1
Education	
University	3
College	3
High school	2
Main source of income	
Financial assistance	6
Part-time work	1
Other	1
Household	
Alone, no children	5
Alone, children	1
Couple, children	1
Family, children	1

Note. Children = children and grandchildren.

Participants residing further than a reasonable walking distance from the community organization's facilities were reimbursed for their travel expenses. The Research Ethics Board of Hôpital Charles-Le Moyne approved the study protocol.

Data Collection

Eight weekly group meetings were held from September to November 2014, with five to six participants per meeting and the first author as facilitator. The meetings lasted an average of two and a half hours and were audio-recorded with participants' consent. The participants and first author determined the number and duration of meetings based on their feelings as to how fully the issues had been discussed.

At the first two meetings, the participants and first author introduced themselves and discussed components of the research project, including their roles and rights, the research questions, and the meeting calendar. The first author provided the participants with materials, such as calendars, notebooks, and pens, and invited them to write down or remember their reflections and actions between meetings, to be shared at subsequent meetings if desired.

From the second meeting to the seventh, the problem-posing method was used. In meetings two to four, participants presented stories and images that, for them, represented what harms their health; they included issues that had led them to where they were in their lives as well as daily issues. At meetings five and six, participants were invited to present in less than one minute what is most harmful to their health; this activity led them to express core issues for them. At the seventh meeting, they used role-playing to present issues they faced and explore ways to resolve them. All presentations were followed by discussions to question what had been presented. At the eighth meeting, participants shared their views regarding the ending of group meetings and what they had discovered through the meetings.

To facilitate group meetings, the authors initially developed a guidebook with problem-posing activities and questions, which they modified as the group progressed. Following each group meeting, the first author took field notes, including observational, methodological, theoretical, and personal notes (McQuiston, Parrado, Olmos, & Bustillo Martinez, 2005). These notes informed debriefing sessions between the authors and

between the first author and a peer (Lincoln & Guba, 1985). The debriefing sessions in turn informed subsequent group meetings.

Data Analysis

We used thematic analysis to provide a detailed account of a group of themes existing in the research data (Braun & Clarke, 2006). We also chose this method because it enables participants to be involved in the analysis process (Paillé & Mucchielli, 2012). The analysis process involved five steps: (1) an initial analysis that began at the same time as data collection, (2) manual analysis with participants to generate initial codes and groups, (3) an electronic analysis to refine codes and groups, (4) developing and reviewing representative themes, and (5) interpreting the themes and writing a report.

Following each group meeting for data collection, the first author listened to the audio recording, noted initial ideas, and transcribed the audio recording verbatim using ethnographic methods (Centre for Oral History and Digital Storytelling, 2013; Powers, 2005). The first author checked initial ideas with participants at the fifth, sixth, and seventh group meetings for data collection.

Following data collection, between November 2014 and February 2015, six of the participants engaged in five group meetings for data analysis, with three to four participants per meeting and the first author as facilitator. Prior to these group meetings, the participants and the first author individually read parts of five of the eight transcripts—parts that included the problem-posing method—and noted initial codes in the margins. Each code identified: (a) a sentence or paragraph excerpt, (b) what was said explicitly or implicitly, and (c) either an issue harmful to participants' health or a participant's strategy or action. Each sentence or paragraph excerpt could be assigned more than one code. From this work, the first author developed an initial list of codes organized into groups. The groups were derived from questions discussed during data collection, the codes themselves, and literature on social determinants of health, psychosocial factors, and coping strategies (Lazarus & Folkman, 1984; Matthews et al., 2010; Solar & Irwin, 2010). This initial list of codes and groups was reviewed by the authors and checked with the participants.

The first author refined the initial list of codes and groups while systematically coding the eight transcripts using qualitative data analysis software (ATLAS.ti version 1.0 for Mac). All sentence and paragraph excerpts were attributed to their originator.

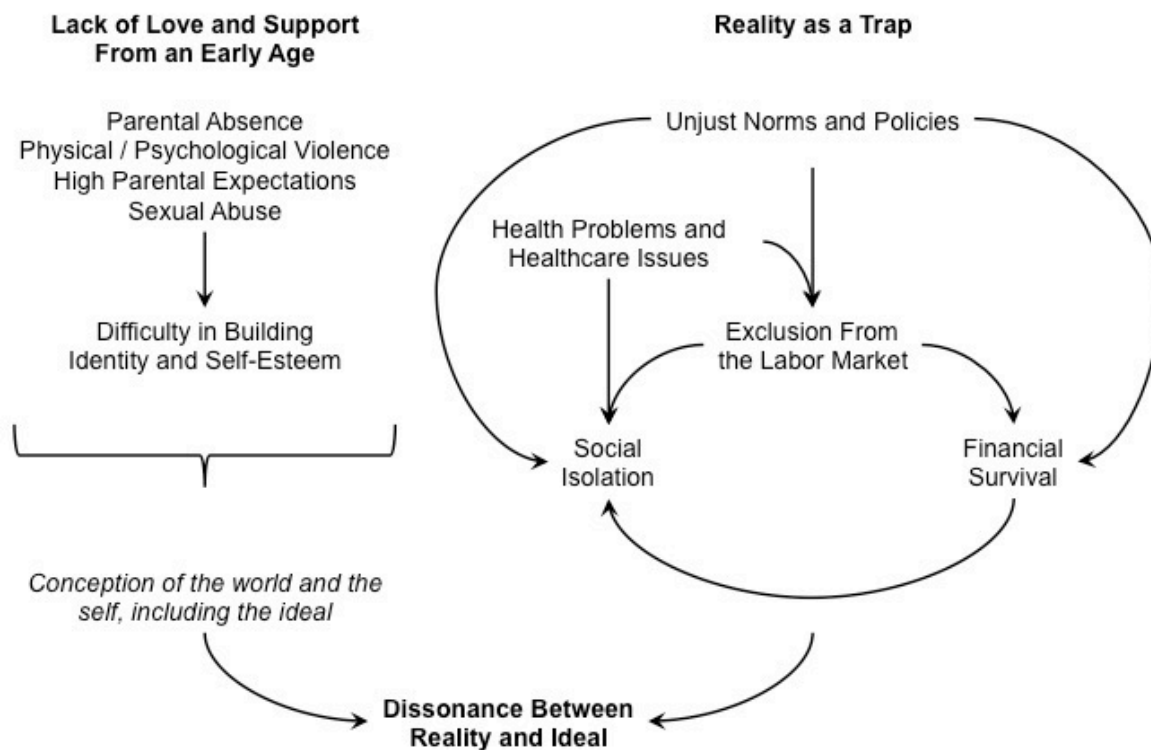
From the refined list of codes and groups, the authors developed representative themes, which the first author reviewed using disconfirming data, sentence and paragraph excerpts, the transcripts as a whole, and field notes (Braun & Clarke, 2006; Lincoln & Guba, 1985). The first author also examined codes by participant and by certain characteristics, such as reporting mental health problems and living alone.

The first author drafted a detailed account of the themes identified in this study, with descriptions, verbatim excerpts, and interpretations. This account was reviewed by the authors and checked with five participants during a group meeting held in September 2015.

5.6 Results

The participants reported many social and psychosocial issues harmful to their health. We identified three main themes: (a) lack of love and support from an early age, (b) reality (social and health circumstances) as a trap, and (c) dissonance between the individual's reality and the individual's ideal. Themes were interrelated, as shown in Figure 1. The mental-health participants reported current issues for all these themes and expressed lower self-esteem and lower well-being, as compared to the other participants. The participants also reported various strategies and actions they used in response to issues harmful to their health, which we grouped under two main themes: (a) facing issues, and (b) escaping from issues.

Figure 1 Three Main Themes and Sub-Themes for Social and Psychosocial Issues Reported by Participants as Harming Their Health



Note. Three main themes (bold text) and sub-themes (regular text) for social and psychosocial issues reported by participants as harming their health. The “reality” is the current social and health circumstances. The “ideal” is understood as being part of the individual’s conception of the world and the self, formed through early-life social interactions.

Social and Psychosocial Issues Harming Participants’ Health

Lack of love and support from an early age. Most participants reported adverse experiences starting early in life. They described these experiences as sufferings that marked them for life, were sources of stress, and led to health problems. They emphasized the lack of affection and support, the feeling of being rejected and abandoned, and their difficulties in building their identity and self-esteem. They reported the absence of parents, that is, parents who could not provide for them materially or affectively; and physical or psychological violence, such as being beaten or not being valued.

The mental-health participants did not report material deprivation and physical violence, but did report affective deprivation and psychological violence. They also reported parents with high expectations of them, including high expectations of their social status. One of these participants also reported experiences of sexual abuse. The mental-

health participants reported current issues resulting from these experiences. One woman said⁷: “It’s as though [the things that were missing in childhood] affects all aspects of life: interpersonal relationships, choices, how to define yourself, to know what you want, what you like, what you don’t like.” The mental-health participants reported that they tended to overgive and overperform to seek love and value, but that they never achieved this and therefore exhausted themselves.

The other participants who reported adverse experiences starting early in life recounted how they overcame these experiences: by developing “a strong character”, which could be understood as being emotionally strong so as not to be affected by violence against them; by confronting their parents in a way that gave them more control in their relationships with their parents; and by raising their children differently than they had been raised. One woman recounted something that had healed her emotional wounds:

My father was always on my case—he beat me, there was always something—and I said to myself, “I’ll never do that with my kids. Instead, I’ll sit down with them, and say ‘you can choose what you want to do.’” So for me, by doing that, it was like [sigh of relief].

Reality (social and health circumstances) as a trap. In addition to adverse experiences starting early in life, participants reported constraining and stressful experiences due to their current social and health circumstances, which were harmful to their health and perpetuated their situation. We identified five interrelated sub-themes: (a) exclusion from the labor market, (b) financial survival, (c) social isolation, (d) health problems and healthcare issues, and (e) unjust norms and policies (Figure 1).

Exclusion from the labor market. The mental-health participants and participants with reduced mobility reported being excluded from the labor market, but only the mental-health participants reported this issue as currently harming their health. The mental-health participants reported that they were struggling to find working conditions that accommodated their characteristics—such as, a tendency to over perform, limited endurance, and a desire for collaboration rather than competition—but that they would like to work or otherwise contribute to society. They also reported being afraid of repeating

⁷ All excerpts from the transcripts are translated from French.

former work experiences and doubting their abilities due to having been out of the labor market for an extended period. They described these feelings as negatively affecting their health and as keeping them out of the labor market. One man said about fear: “It makes you sick, it prevents you from returning to work. It completely perturbs you.” In addition, most of these mental-health participants reported not seeing any solution and feeling helpless.

Financial survival. The mental-health participants reported a lack of money resulting from their exclusion from the labor market as being a source of stress and anxiety. Some of these participants also said that lack of money was at the core of their social isolation (see the following sub-theme). The mental-health participants reported being forced to choose between basic essentials; struggling to make ends meet; and not being able to satisfy their needs, such as a specific diet, social activities, psychological services, housing, and transport. One woman recounted:

Now I have to move—it’s extremely stressful. I’m completely destabilized, unbalanced, at the moment. Because finding an apartment at a price that’s reasonable for me is practically impossible, so now I see myself living in a hole and falling back into survival mode: no more money, no more activities, so I see even fewer friends.

In the context of lack of money, the mental-health participants reported that it was a challenge to maintain a healthy lifestyle. Some also reported that not achieving healthy lifestyles led them to feelings of self-reproach and guilt.

Social isolation. The participants living alone reported a core issue harming their health: stress and unease, from being with others and from being alone. They reported not being able to be fully themselves—to express who they are, what they are living, and how they feel—with others. They said others either were not available or could not understand their health problems and social circumstances, due to not having relevant personal experience or knowledge. They said that having to keep things inside was destructive and that having to be careful with others to avoid lack of understanding and negative attitudes was stressful and energy-consuming. Some of these participants reported former experiences of being judged, rejected, diminished, stigmatized, or discriminated against by

others because of their health problems and social circumstances, including sexual orientation; they reported that these experiences were hurtful and stressful. In addition, while participants living alone reported isolating themselves to avoid stress and unease from being with others, they also reported that this isolation contributed to their malaise, as they found themselves stuck alone with their issues. One woman recounted:

This morning I was alone, and I really wasn't doing well. Because I was talking to myself, saying, "how can I solve my problems? I don't see the answer." ... But then I come [here, to the community organization] and people are making food, eating, making calls... and I'm just like [sound of being overwhelmed].

Health problems and healthcare issues. Most participants reported their health problems, and healthcare issues, as negatively affecting their physical, biological, or social functioning and as contributing to their exclusion from the labor market and their social isolation. Regarding healthcare, many participants reported issues with their medications, especially side effects and inadequate follow-up by their medical team. One woman said: "There are drugs that paralyze you, so that even if you want to go on the labor market, [it is not possible]." Two participants recounted inadequate follow-up on their medication prescriptions during the absence or replacement of their family physician, which led, respectively, to kidney failure and leg paralysis. Many participants also reported healthcare service limitations, which impeded their recovery from health problems. Some mentioned the lack of solutions to their health problems and the lack of access to public psychological services. The mental-health participants reported long waiting times for diagnosis, which delayed last-resort financial assistance and prevented them from being reassured regarding their illness. One woman shared: "And I was in despair.... I didn't have the tools, I didn't have the means. And it was not accessible, because it's relatively new, this diagnosis.... But now, I'm able to identify it. And that was a huge progress in my life."

Unjust norms and policies. Finally, many participants reported that unjust social norms and public and employment policies, which led to and perpetuated their social circumstances, were harmful to their health. They reported social norms that shaped others' attitudes and led to a lack of understanding and acceptance of their circumstances and differences by others. Some of the mental-health participants said that this pushed them to

conform rather than to be themselves, which contributed to their health problems. One woman shared, “I’m different, so I want my differences to be taken into account so that I can exist. Because if not, nothing’s possible—I felt *sick* from wanting to be like everybody else.” The mental-health participants also reported inadequate policies regarding the labor market and income security, which prevented them from entering the labor market and kept them in a situation of perpetual lack of money. One man said:

We don’t have the right to be sick in our society. I feel I don’t have the right to live that out and to make that journey, in any way at all, because if you do that, man, you won’t work. And you won’t be able to work and, if you don’t work, well you have \$927 per month and try to sort this out on your own.

Dissonance between reality and ideal. The mental-health participants and participants with reduced mobility expressed profound malaise from losing or being excluded from work and from other social circumstances, including social status. For the mental-health participants, the malaise was current, whereas the participants with reduced mobility experienced malaise in the past, but not presently. One mental-health participant recounted her fall from her former work position and from being a high-performance athlete: “So when I fell, I fell from *high*. And it’s as if I have the same perception as 15 years ago—I should still be there [at the top].” Many participants also reported not feeling comfortable with people from their former life, with whom they can no longer share social activities or common topics of conversation. Another mental-health participant described his reality, which was in contrast with his ideal reality: “There’s nothing joyful about the situation that I’m in. Sick, poor, underprivileged, alone, no friendships—honestly, this is down. This is very, very down.”

In addition to perceiving a gap between their realities and their former or ideal realities, the participants negatively judged themselves and their realities, and this reinforced their malaise. Most mental-health participants also said that judgment or rejection by others, whether perceived or actual, reinforced their self-judgment and malaise. One woman explained: “It’s as if my value comes from how other people see me.... So if I think that you’re judging me, then I really feel like a loser.”

Regarding issues related to all three main themes, the participants reported that the health effects were both physical and psychological. One woman stated, “all the stress,

doubts, apprehension, fears have physical effects, whatever they may be.” To respond to these issues, the participants used various strategies and actions, which we present in the following section.

Participants’ Strategies and Actions

Facing issues. Most participants expressed how they struggled to address issues harming their health. We identified three sub-themes: (a) the long and important process of self-work and acceptance of their realities; (b) finding ways to manage everyday life; and (c) standing up for their rights.

A long and important process of self-work and acceptance. Most participants talked extensively about self-development—done with or without psychological therapy—to heal from or deal with early-life experiences, health problems, and social circumstances. Many participants reported having to change their perceptions, values, and attitudes to better live with themselves and their realities. Regarding his health and social circumstances, including the loss of his mobility, one man said: “I had to change my whole perception—at least about the outside world—to be able to come to a consensus with myself, and tell myself, ‘OK, this is how I’m going to act’, or ‘I’m going to keep myself away from that kind of thing.’”

In addition, most participants discussed the importance of accepting their early-life experiences, health problems, and social circumstances in order to live and feel better. One woman said regarding her mental health problem: “What happens is that when you accept [it], you’re less *affected* by judgments.”

Most participants mentioned the long time required for self-development and acceptance, and they reported various levels of acceptance and self-development. For example, the participants with reduced mobility reported accepting their health problems and social circumstances and were making sense of their realities by being present for their grandchildren or by making their daily activities the main focus of their lives. In contrast, the mental-health participants reported not completely accepting their health problems and social circumstances and were trying to make sense of their realities by volunteering,

which they reported contributed to their self-esteem, sense of usefulness, and sense of belonging; by trying to return to the labor market; and by considering going back to school.

Finding ways to manage everyday life. Most participants reported multiple ways of managing their daily lives, especially their financial and material circumstances. They mentioned using food bank services and cooking workshops provided by the community organization. Some also reported doing small jobs, trying to get disability pension, trying to obtain a credit card, and finding more economical alternatives for their specific diet needs. Among the participants who did not report lack of money as harming their health, some said they managed their money or had found ways to organize their lives so that money was not a problem for them.

Standing up for their rights. Most participants reported experiences in which they defended their rights when they perceived or experienced unfair situations. They reported a sense of pride, liberation, and well-being from doing this and stated that this was important for their health. One said regarding steps he took to resolve an issue with another tenant: “Listen, I have to stand up for my rights, because if I don’t do that, what’s in store for me? Depression.” Another recounted having spoken frankly with her landlord, who was discriminating against her because of her social status, and that this led to the beginning of a dialogue with the landlord.

However, many participants discussed the limitations of their actions. They reported the power of institutions to protect those in power and to retaliate against actions of protest. One reported that, although the physician whom he reported for inadequate follow-up of his prescription medication was temporarily suspended, “the College of Physicians hushed the story up.” The same participant also recounted being jailed for confronting a receptionist who had insulted his child, an insult that he took personally.

Despite their actions, many participants expressed powerlessness regarding their social circumstances and broader injustice. They sometimes had a fatalist attitude to injustice, stating that they only had power over themselves, that they had done everything they can, and there was nothing more they could do. They also reported strategies for escaping from their issues.

Escaping from issues. The participants living alone reported strategies that temporarily soothed them, but that harmed their health by contributing to their social isolation and inaction, by being self-destructive, and by not truly resolving their issues. These participants mentioned various behaviors they engaged in when they felt overwhelmed by the number of issues they face: giving up, withdrawing, and isolating themselves; observing their realities in a passive way; and addictive behaviors with drugs, alcohol, cigarettes, food, television, or computers. One woman recounted: “At a certain point, I cut myself off completely.... I plug myself in to my TV, [sound of plugging herself in], disconnect, escape completely.” Many participants reported trying to think positively about themselves and their circumstances; however, in response to the question “what harms your health?”, one participant stated that it was: “[T]he first 35 years of my life, when I didn’t resolve my problems, when I lived with my problems by telling myself ‘I’m strong, I can get through this’, but I never did anything about it.”

Overall, participants struggled to address issues harming their health, and they sometimes escaped from their issues as the only way out.

5.7 Discussion

Using a participatory research approach, we examined and identified social and psychosocial issues harming the health of low-income participants. We found that dissonance between the individual’s reality and the individual’s ideal is a core theme that generates profound malaise among participants. Here, we present our understanding of this dissonance, discuss how the results relate to it, and suggest that it might be an important mechanism through which poor social circumstances and adverse early-life experiences lead to poor health.

First of all, we understand the individual’s ideal as being formed through early-life social interactions and as being part of his or her identity—that is, as being part of the individual’s conception of the world and the self, which determines his or her whole attitude in life (Adler, 2002). Therefore, dissonance between the individual’s reality and the individual’s ideal may challenge his or her sense of identity and well-being.

In this study, dissonance between the individual’s reality and the individual’s ideal was related to exclusion from the labor market, loss of social status, lack of money, lack of

social relationships—including lack of love, support, and acceptance by others—and health problems. This is consistent with previous studies reporting that psychological distress among unemployed people was associated with high work-role centrality and high desire for work, a level of desire incongruent with being unemployed (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005; Paul & Moser, 2006). It is also consistent with previous studies reporting that psychological distress among unemployed people was associated with financial strain, social undermining (negative affect, criticism, and hindrance by others), low social support, and low evaluation of the self and the world (e.g. self-esteem, locus of control) (McKee-Ryan et al., 2005), although dissonance was not specifically examined.

To our knowledge, dissonance between the individual's reality and the individual's ideal has not been reported in previous studies identifying social and psychosocial factors negatively affecting the health of low-income adults. Similarly, these studies have not reported the related strategy of self-work and acceptance. Tarlov (1996) suggested a psychosocial process similar to the one we identified, however, without providing evidence: "When expectations and reality [social inequality] clash, we speculate, the chronic, persistent, inescapable dissonance between what a person would like to do or become and what seems accomplishable triggers biological signals that are antecedent of chronic disease development." (p. 85) Here, we provide evidence of this psychosocial process and expand the notion of reality, which is not limited to social inequality. We also clarify that health is not only negatively affected by comparing one's reality and self to others (Kawachi & Kennedy, 2002; Wilkinson & Pickett, 2011), but is also more fundamentally negatively affected by comparing one's reality to one's own ideal. We suggest that the dissonance between the individual's reality and the individual's ideal could have biological effects leading to chronic diseases, as has been advanced for other psychosocial factors (Tarlov, 1996; Wilkinson & Pickett, 2011).

The dissonance between the individual's reality and the individual's ideal might be harder to overcome for individuals whose parents had high expectations of them, including high expectations regarding their social status, and who experienced this pressure from an early age. Only the mental-health participants reported this experience. These participants might have incorporated their parents' expectations into their own ideals. They might also have had difficulties achieving these expectations and ideals. Indeed, the consequences of

their adverse early-life experiences, such as low sense of identity, low self-esteem, and tendency to overgive and overperform, might make it difficult to function in the labor market and in social relationships. The experience of parents with high expectations might explain why the mental-health participants maintained ideals regarding employment, social status, and money that were incongruent with their realities; why it might have been difficult for them to accept their realities and set a new focus for their lives, as did the participants with reduced mobility; and why they were the only participants who expressed current and profound malaise.

The ways in which the other participants overcame their adverse early-life experiences—by being emotionally strong, taking control in their relationship with their parents, and raising their children differently—suggest that these participants defined themselves independently from the influence of the adults who perpetrated the adverse experiences against them. This self-definition of identity may be harder to achieve when there are high parental expectations than when there is only parental absence and violence. This highlights the deleterious effects of high parental expectations from an early age, which have not been studied in relation to health as much as have been experiences of neglect; emotional, physical, and sexual abuse; and household dysfunction (Anda et al., 2006; Hertzman & Boyce, 2010; Kreppner et al., 2007). Interestingly, the participants who reported parents with high expectations did not report financial issues when growing up, compared to the other participants. This suggests that parents with high expectations of their children might be more common among middle-class families.

From a broader perspective, the dissonance between the individual's reality and the individual's ideal is a psychosocial process embedded within social and societal processes. The social issues reported by the participants highlight the societal processes that prevented them from the realization of their ideals, including participation and recognition in society and satisfaction of material needs. Participants' actions highlight the difficulty of transforming their social circumstances in the face of institutional power. This difficulty has been reported in previous participatory studies with low-income women (Reid, Tom, & Frisby, 2006).

In terms of practice implications, practitioners might better address the health determinants of low-income adults by accompanying these individuals in understanding

their experiences from childhood to adulthood and their conceptions of the world and the self. The participatory research approach combined with the problem-posing method might represent an effective means to do this (see Wang, 2017). Resources should be made available to facilitate this support in community settings. Health research should explore how norms and policies can impede individuals from resolving the dissonance identified in this study. Early-life interventions should support love and support, not solely material needs.

One limitation to consider is that, although trust was gradually established within the group over the course of the meetings, some issues might not have been discussed fully during data collection. For example, one participant acknowledged during the group review of the data analysis that participants might not have reported current drug issues, to avoid judgment. Another limitation is that the sub-group analysis involved small numbers of participants, which means that results may only be transferable to sub-groups with very similar characteristics.

Using a participatory research approach combined with the problem-posing method allowed a deeper examination of social and psychosocial issues harming the health of low-income adults. We found that profound malaise arises from dissonance between the individual's reality and the individual's ideal—ideal that we understand as being part of the individual's identity, formed through early-life social interactions, and directing the individual's whole attitude in life. This dissonance might be an important mechanism through which poor social circumstances and adverse early-life experiences lead to poor health. Further work is needed to examine dissonance between the individual's reality and the individual's ideal as a determinant of health. Social and epidemiological research should be informed more deeply by psychological work.

5.8 References

- Adler, A. (2002). *Le sens de la vie: Étude de psychologie individuelle*. Paris, France: Payot.
- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 5–23. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <http://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Baker Collins, S. (2005). An understanding of poverty from those who are poor. *Action Research*, 3(1), 9–31. <http://doi.org/10.1177/1476750305047983>
- Baranowski, K. L. (1999). *Health perceptions and barriers to health as defined by women marginalized by socioeconomic status* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 304542603)
- Bermúdez-Millán, A., Damio, G., Cruz, J., D'Angelo, K., Segura-Pérez, S., Hromi-Fiedler, A., & Pérez-Escamilla, R. (2011). Stress and the social determinants of maternal health among Puerto Rican women: A CBPR approach. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(4), 1315–1330. <http://doi.org/10.1353/hpu.2011.0108>
- Bosma, H., Schrijvers, C., & Mackenbach, J. P. (1999). Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study. *British Medical Journal*, 319(7223), 1469–1470. <http://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1469>
- Bosma, H., Van Jaarsveld, C. H. M., Tuinstra, J., Sanderman, R., Ranchor, A. V., Van Eijk, J. T. M., & Kempen, G. I. J. M. (2005). Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socio-economic differences in heart disease in older persons. *Social Science & Medicine*, 60(4), 737–745. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.018>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brydon-Miller, M., Kral, M., Maguire, P., Noffke, S., & Sabhlok, A. (2011). Jazz and the banyan tree: Roots and riffs on participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 387–400). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Centre for Oral History and Digital Storytelling (Producer). (2013). *Interview transcription* [Webinar]. Available from <http://storytelling.concordia.ca/content/webinar-2-interview-transcription>
- Chircop, A. (2010). *Environmental health inequities: Low-income mothers' negotiation of health in a low-income urban neighborhood* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 609432565)
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486–495. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.486>
- Doornbos, M. M., Zandee, G. L., DeGroot, J., & De Maagd-Rodriguez, M. (2013). Using community-based participatory research to explore social determinants of women's mental health and barriers to help-seeking in three urban, ethnically diverse,

- impoverished, and underserved communities. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 278–284. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.09.001>
- Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6), 421–434. <http://doi.org/10.1038/nrn3231>
- Freire, P. (1978). *L'éducation: Pratique de la liberté*. Paris, France: Éditions du Cerf.
- Freire, P. (1996). *Pedagogy of the oppressed* (new rev. ed.). New York, NY: Penguin Books.
- Hayes, J., & Nutman, P. (1981). *Understanding the unemployed: The psychological effects of unemployment*. London, England: Tavistock Publications.
- Hertzman, C., & Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health*, 31, 329–347. <http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103538>
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge, England: University Press.
- Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2011). Focus groups: Contingent articulations of pedagogy, politics, and inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 545–561). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kaplan, S. A., Madden, V. P., Mijanovich, T., & Purcaro, E. (2013). The perception of stress and its impact on health in poor communities. *Journal of Community Health*, 38(1), 142–149. <http://doi.org/10.1007/s10900-012-9593-5>
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (2002). *The health of nations: Why inequality is harmful to your health*. New York, NY: The New Press.
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43(4), 931–946. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.931>
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 763–773. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.763>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverley Hills, CA: SAGE Publications.
- Marmot, M. G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350(9073), 235–239. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)04244-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)04244-X)
- Marmot, M. G., & Sapolsky, R. (2014). Of baboons and men: Social circumstances, biology, and the social gradient in health. In M. Weinstein & M. A. Lane (Eds.), *Sociality, hierarchy, health: Comparative biodemography: A collection of papers* (pp. 365–388). Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK242458/pdf/Bookshelf_NBK242458.pdf

- Matthews, K. A., Gallo, L. C., & Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 146–173. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x>
- Mayer, R., & Hamel, C. (1996). La voix d'une population sans voix. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 9(2), 151–168. <http://doi.org/10.7202/301373ar>
- McAll, C., Awad, J., Desgagnés, J.-Y., Gagné, J., Godrie, B., Keays, N., ... Stoetzel, N. (2012). *Au-delà du préjugé: Trajectoires de vie, pauvreté et santé*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53–76. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- McQuiston, C., Parrado, E. A., Olmos, J. C., & Bustillo Martinez, A. M. (2005). Field notes guide. In B. A. Israel, E. Eng, A. J. Schulz, & E. A. Parker (Eds.), *Methods in community-based participatory research for health* (pp. 423–424). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mitra, D., Shaw, A., Tjepkema, M., & Peters, P. (2015). *Déterminants sociaux de l'incidence du cancer du poumon au Canada : une étude prospective sur 13 ans* (Rapports sur la santé No. 82-003-X201500614195). Retrieved from Statistique Canada website: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015006/article/14195-fra.pdf>
- Nelson, G. B., & Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.
- Orpana, H., Lemyre, L., & Gravel, R. (2009). *Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social* (Rapports sur la santé No. 82-003-X200900110772). Retrieved from Statistique Canada website: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009001/article/10772-fra.pdf>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(4), 595–621. <http://doi.org/10.1348/096317905X70823>
- Powers, W. R. (2005). *Transcription techniques for the spoken word*. Lanham, MD: AltaMira Press.
- Redwood, Y. A. (2008). *"The numbers don't work for us": An alternate model of fundamental causality from the perspectives of African Americans in urban Atlanta* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 304583089)
- Reid, C. J. (2002). *"We don't count, we're just not there": Using feminist action research to explore the relationship between exclusion, poverty and women's health* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 305469166)
- Reid, C. J., Tom, A., & Frisby, W. (2006). Finding the "action" in feminist participatory action research. *Action Research*, 4(3), 315–332. <http://doi.org/10.1177/1476750306066804>

- Schnittker, J. (2004). Psychological factors as mechanisms for socioeconomic disparities in health: A critical appraisal of four common factors. *Social Biology*, 51(1–2), 1–23. <http://doi.org/10.1080/19485565.2004.9989080>
- Shuey, K. M., & Willson, A. E. (2014). Economic hardship in childhood and adult health trajectories: An alternative approach to investigating life-course processes. *Advances in Life Course Research*, 22, 49–61. <http://doi.org/10.1016/j.alcr.2014.05.001>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Retrieved from World Health Organization website: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Spencer, N., Tu, M. T., & Séguin, L. (2013). Low income/socio-economic status in early childhood and physical health in later childhood/adolescence: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 424–431. <http://doi.org/10.1007/s10995-012-1010-2>
- Statistics Canada. (2013). *2011 National Household Survey* (NHS Profile No. 99-004-XWE). Retrieved from <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>
- Tarlov, A. R. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner, & R. G. Wilkinson (Eds.), *Health and social organization: Towards a health policy for the 21st century* (pp. 71–93). London, England: Routledge.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., & Long, A. (2013). *Mortalité par cause selon la suffisance du revenu au Canada : une étude de suivi sur 16 ans* (Rapports sur la santé No. 82-003-X201300711852). Retrieved from Statistique Canada website: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2013007/article/11852-fra.pdf>
- Wang, C. H.-Y. (2017). Master's thesis. Manuscript in preparation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2011). *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*. New York, NY: Bloomsbury Press.
- Working Group on Inequalities in Health. (1980). *Inequalities in health*. Retrieved from Socialist Health Association website: <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980>
- Young, L., & Wharf Higgins, J. (2010). Using participatory research to challenge the status quo for women's cardiovascular health. *Nursing Inquiry*, 17(4), 346–358. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00511.x>

5.9 Synthèse du chapitre

Les facteurs sociaux et psychosociaux nuisant à la santé des participants et participantes étaient : (a) le manque d'amour et de soutien tôt dans la vie, qui marque à vie, crée un stress et rend difficile la construction de l'identité et de l'estime de soi; (b) la situation sociale et de santé actuelle comme prison sociale, incluant des expériences stressantes et contraignantes; et (c) la dissonance entre cette situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie. Cette dissonance génère un profond mal-être et suit la perte ou la non atteinte de l'idéal de situation, en particulier de situation sociale. Cette dissonance était un thème central de ce qui nuit à la santé des participants et participantes.

Les stratégies et actions des participants et participantes étaient : (a) un long et important processus de travail sur soi et d'acceptation de sa situation sociale et de santé, (b) trouver des façons de gérer sa vie quotidienne, (c) revendiquer ses droits, et (d) fuir par des stratégies qui apaisent temporairement et qui nuisent à la santé.

Les résultats de recherche portant sur les facteurs sociaux et psychosociaux et aux stratégies et actions de la vie quotidienne ayant été présentés, le chapitre suivant présente les résultats de recherche portant sur les effets de la participation pour les participants et participantes.

6 Résultats additionnels : les effets de la participation

À la suite des résultats du chapitre précédent, ce chapitre présente les résultats portant sur les effets de la participation pour les participants et participantes. L'objectif spécifique était d'identifier et de décrire ces effets. Pour atteindre cet objectif, la méthode était la même que celle décrite au chapitre précédent, à l'exception que l'analyse manuelle avec les participants et participantes n'a pas été réalisée. La liste des codes et groupes pour cet objectif a été développée par l'auteure lors de l'analyse électronique. Les résultats ont été vérifiés avec les participants et participantes lors de la rencontre de groupe pour la vérification des résultats. Le thème principal était les découvertes personnelles et les autres thèmes étaient les expériences positives et négatives.

6.1 Les découvertes personnelles

Les participants et participantes ont fait plusieurs découvertes personnelles. Les personnes ont compris des choses pour elles-mêmes, sur elles-mêmes et sur leur vie. Les découvertes étaient autant révélatrices que troublantes pour les personnes.

De manière générale, un participant a dit : « C'est sûr et certain que *moi* j'ai appris de grandes choses. À écouter les gens parler, j'me suis rendu compte de ben des affaires. [...] j'me souviens d'avoir écarquillé les yeux pis mettre dis, oh wow t'sais, d'avoir compris des choses. » (rencontre 8).

Plus spécifiquement, les personnes ont fait des découvertes concernant des problèmes fondamentaux de leur existence. Un participant ayant une problématique de santé mentale a découvert ses difficultés relationnelles :

Ben, j'pourrais vous dire moi, depuis que j'suis *rentré* dans c'groupe-là, que j'suis en processus. Autant que moi j'suis entrain d'essayer de faire une espèce de réinsertion *sociale* si on veut, à partir des *grands* moments d' solitude. *En même temps*, j'découvre *TOUTES* mes difficultés, mes défauts sociaux, mes manques d'habiletés, etcetera. (rencontre 5)

Ce participant a rapporté à la sixième rencontre vivre une « transformation personnelle » et à la dernière rencontre, avoir été confronté et s'être retrouvé : « Y a des choses qu'on a appris ici. Moi, j'ai beaucoup cheminé avec ça, dans c'projet-là. » (rencontre 8).

Deux autres personnes ont réalisé leur isolement et que le groupe permet de le briser. Une participante a dit :

Ben moi j'me rends compte que, d'être, dans ce groupe-ci, présentement, ça répond à un besoin. [...] C'est un besoin que je ressens depuis très longtemps, pis j'arrivais pas à trouver où. J'pensais que dans [un programme de l'organisme] j'aurais pu, mais c'est pas possible, pour certaines raisons pis, dans d'autres choses, c'est pas possible non plus. Mais d'avoir un espace où j'peux parler de c'que j'vis *réellement*, avec des gens qui vivent à peu près la même situation que moi, peut-être pas avec les mêmes maladies et tout mais on se retrouve un peu tout' dans même condition, similaire. Ça, pour moi, c'est très bon. Très très bon. (rencontre 3)

À la dernière rencontre, un participant a dit :

J'suis triste parce que, bon, on va arrêter d'se voir pis, j'me rends compte que j'ai pas d'amis. J'ai tellement *fermé* mon univers, que là j'me retrouve tout seul. J'suis *vraiment* tout seul. [...] J'suis content d'être venu ici pis d'avoir participé, à ça. Ça m'a appris beaucoup. Pis ça m'a fait du bien aussi d'parler aux gens. (rencontre 8)

Un participant ayant une mobilité réduite a réalisé à la cinquième rencontre l'importance de reprendre son entraînement musculaire. Il a ensuite découvert sa peur de réussir et de perdre sa vie actuelle où il n'y a pas de problème qu'il ne peut régler. Pour ce participant, cette découverte a mené à une remise en question et une douleur :

Faut que j'apprenne à gérer ce que j'ai compris dernièrement, c'est-à-dire que j'ai peur de réussir. Pis y faut que je trouve un moyen, pour passer au travers de d'ça, sans que ça prenne *toute* la place dans ma tête. Pis que ça m'arrête d'avancer, t'sais. (rencontre 6)

Une participante ayant une problématique de santé mentale a découvert l'importance de tenir compte d'elle pour exister. Elle a pris conscience de cela lors de l'analyse des données, en lisant les transcriptions. Dans le journal de l'auteure, une conversation téléphonique avec la participante est rapportée le 23 janvier 2015 :

Elle me dit avoir découvert des choses en lisant les transcriptions. Entre autres : je suis différente et je veux qu'on tienne compte des différences pour pouvoir exister... c'est une question d'existence, c'est au coeur... [Elle] dit avoir découvert cela, que c'est déstabilisant, mais ok. Elle veut en discuter avec sa thérapeute.

Dans le journal de l'auteure, il est aussi rapporté le 3 février 2015, suite à une rencontre pour l'analyse des données :

[La participante] a réitéré le fait que c'est en lisant un de ses propos de la rencontre 7 qu'elle a pris conscience qu'elle doit elle-même accepter ses propres

différences (qu'elle a appris à nier car elle était rejetée pour cela lorsqu'elle était enfant) pour pouvoir exister.

Une autre participante a compris, suite à une discussion de groupe, la souffrance et le manque de ressources de sa propre mère :

Fait que aujourd'hui, c'est ça, en parlant là, j'ai compris que elle alle avait pas ça, t'sais quand qu'alle s'est divorcée, alle a pas été voir quelqu'un. Tout' ça, fait que est restée avec sa souffrance, est restée avec sa peine, est restée avec sa *rancune*, sa *révolte* de mon père, pis après, alle a fait' un *burnout* de cinq ans, alle tout oublié, pis après ça alle s'est pitchée sur ses enfants à elle, on était trois-quatre là, pis, alle s'est pitchée là-dessus [...] peut-être que les choses qu'alle m'disait ou les choses que... peut-être que elle alle en a souffert autant pis, ça l'a amenée à agir ou à penser comme aujourd'hui. (rencontre 4)

Ainsi, les personnes ont fait des découvertes pour elles-mêmes, tant révélatrices que troublantes. En plus de ces découvertes, les personnes ont vécu des expériences positives et négatives.

6.2 Les expériences positives

Les expériences positives des participants et participantes incluaient : pouvoir s'exprimer en profondeur, apprendre et chercher ensemble et s'entraider et créer des liens.

La principale expérience positive était de pouvoir s'exprimer, réfléchir, échanger en profondeur. Une participante a dit : « Ah ! j'trouve que j'suis *deep* là, mais en tout cas, c'est ça qui m'habite régulièrement fait que ça m'fait du bien pour une fois d'avoir pu parler. » (rencontre 5). Un participant a rapporté :

C'est parce que y a pas beaucoup de *places* nul part dans nos sociétés, à moins que ce soit dans les familles, mais pour des réflexions *profondes*. Et puis même avec les amis, des fois, c'est pas ça qui arrive. Ça *peut* arriver mais c'est qui a été initié ici c'est des réflexions *vraiment* en profondeur. Et moi, c'est ça qu'ça m'a apporté. (rencontre 8)

Les personnes ont pu parler de leur situation, sans jugement et avec la compréhension des autres, ceux-ci ayant vécu ou vivant une situation similaire.

Les échanges ont permis aux personnes d'apprendre avec les autres, de connaître la situation des autres et d'apprendre de cela. Un participant a dit :

De c'temps ici, de venir au groupe, j'apprends beaucoup avec vous autres. C'est vraiment l'fun. [...] J'vous écoute, pis j'me vois moi. C'est complètement différent,

mais c'que vous dîtes, souvent, ben souvent, ça vient m'chercher. Pis, je réfléchis. C'est un long processus. (rencontre 6)

Une autre participante a dit :

Pis j'trouve qu'on est un beau groupe. Pis j'aime ça venir ici, à cause de d'ça. J'ai appris beaucoup. [...] Ben, c'est l'échange, les choses différentes de chaque personne. C'est intéressant à écouter, parce que quand tu sais pas, ou que tu connais pas la maladie ou l'angoisse ou n'importe quoi, mais t'apprends t'sais. T'apprends à écouter pis à comprendre l'autre personne. (rencontre 6)

Certaines personnes ont rapporté réfléchir ou écrire à la suite des échanges.

La participation au groupe était aussi une opportunité pour chercher ensemble les solutions aux problèmes vécus. Une participante a dit : « Mais je pense que la rencontre, ici, est très importante pour s'exprimer et pour chercher quelque solution pour améliorer la vie. » (rencontre 8). Une autre participante a dit en réponse au fait que les participants et participantes étaient restés au-delà de l'heure prévue : « Ouais, mais en même temps c'est parce qu'on *veut* aussi trouver une issue hein. Ça parle de nous, à quelque part. » (rencontre 5). Cette participante a aussi rapporté que le groupe se différenciait des autres groupes auxquels elle a participé en ce sens que « c'est un groupe de recherche, spécifiquement fait pour faire avancer les choses, à savoir comment on peut être épanoui, heureux, dans l'travail. [...] C'est ça qu'y a de plus, parce qu'on s'pose *la* question. » (rencontre 4).

De plus, l'auteure a observé que les personnes ont pu s'encourager et se valoriser lors des échanges, partager des informations et des trucs pratiques et créer des liens entre elles.

En somme, en participant, les personnes ont pu briser leur isolement social et apprendre et chercher ensemble. En plus de ces expériences positives, les personnes ont vécu des expériences négatives.

6.3 Les expériences négatives

Les participants et participantes ont vécu des expériences émotionnellement difficiles par rapport aux interactions sociales, aux sujets de discussion, aux solutions aux problèmes et à la fin des rencontres.

Certaines personnes ont vécu des difficultés dans leurs interactions avec les autres. Entre autres, il y a eu un malentendu et un conflit entre deux personnes ayant une problématique de santé mentale, respectivement à la sixième rencontre et à la huitième rencontre. Les deux personnes ont pu discuter du conflit avec le groupe. L'un a dit : « Ça, c'est qui vient d'arriver, moi ça j'trouve que c'est profond. Mais c'est des chocs électriques. Mais on a le *droit* aussi d'être dans des chocs électriques, dans ces profondeurs-là. » (rencontre 8). L'autre a dit :

C'est sûr que, j'suis vraiment *désolée* ok, parce que, je l'sais que la charge est... maintenant j'le sais. Avant j'savais pas ça. Maintenant je l'sais la charge énergétique qu'on *envoie*, dans l'air. Pis c'que les autres sont obligés *d'absorber*. Et ça j'suis *vraiment* désolée. (rencontre 8)

Cette personne a pu identifier pour elle-même une source fondamentale du conflit, soit un sentiment de peur et de rejet similaire à celui vécu dans l'enfance avec un parent. Les deux personnes ont par la suite poursuivi leur participation de manière séparée : pour l'analyse des données, une personne participait aux rencontres de groupe et l'autre participait à des rencontres individuelles avec la facilitatrice.

Une de ces personnes a aussi dit par rapport à sa relation avec le groupe :

C'est sûr que, le groupe, ça vient m'chercher. C'est venu m'chercher au plus profond de moi-même [...] Dernièrement, j'me disais, coudon, j'peux pas continuer. J'tofferais pas la run, t'sais. Puis, ben là aujourd'hui, j'suis là. Donc, c'est signe que, j'ai résolu mon problème par rapport à ça. (rencontre 6, avant le malentendu)

Les sujets de discussion ont aussi été émotionnellement difficiles. Une participante a dit :

C'est sûr que, ouf ! ben, moi aussi c'est venu m'chercher, des bouts là, ça vient t'chercher dans tes émotions. Un moment donné, moi c'est ça, j'ai failli repartir avec mon manteau ! [rire] j'fixais mon manteau, j'va's m'en aller là ! j'avais une charge émotive, t'sais on parle de choses qui sont pas faciles. (rencontre 8)

Une autre participante a aussi rapporté les bouleversements vécus par certaines personnes. Dans la note de terrain de la rencontre pour préparer la présentation des résultats à l'organisme communautaire, l'auteure a noté le 23 novembre 2015 :

[La participante] mentionne qu'avec les rencontres, il y a eu des bénéfices, mais aussi des bouleversements qui font que certaines personnes ont cessé leur participation à certains moments. Elle mentionne que les rencontres peuvent bouleverser les personnes pour quelques jours parfois.

Une autre expérience négative était le sentiment de ne pas avancer par rapport aux solutions. À la fin de la quatrième rencontre et au début de la cinquième rencontre, certaines personnes ont exprimé qu'il y avait eu beaucoup d'informations et peu de solutions ou d'analyses. Une participante a dit :

On est dans un espèce de t'sais beaucoup beaucoup beaucoup de *blablatching* si on veut, c'est important, c'est sûr mais, là c'est comme ok on a un ramassis d'informations, de vécu, de ci de ça et là peut-être dans le sens débayer, parce que là, peut-être qu'on est rendu là. (rencontre 5)

Enfin, la fin des rencontres a été émotionnelle pour les participants et participantes. En plus du conflit entre deux personnes, un autre participant a dit être triste que ce soit la fin des rencontres et une autre participante pensait que les rencontres continueraient.

Somme toute, en participant, les personnes ont vécu des expériences émotionnellement difficiles, incluant des difficultés dans les interactions avec les autres, des sujets de discussion émotionnels, un sentiment de ne pas avancer par rapport aux solutions et une fin des rencontres émotionnelle.

6.4 Synthèse du chapitre

La participation a eu des effets positifs et négatifs pour les participants et participantes. Les personnes ont fait des découvertes personnelles et vécu des expériences positives et négatives. Les découvertes étaient autant révélatrices que troublantes pour les personnes. Ces dernières ont compris des choses pour elles-mêmes, sur elles-mêmes et sur leur vie. Les expériences positives incluaient : briser l'isolement social et apprendre et chercher ensemble. Les expériences négatives étaient des expériences émotionnellement difficiles incluant : des difficultés dans les interactions avec les autres, des sujets de discussion émotionnels, un sentiment de ne pas avancer par rapport aux solutions et une fin des rencontres émotionnelle. Somme toute, ces découvertes et expériences ont été bouleversantes et ont fait évoluer les participants et participantes. Ce chapitre complète la présentation des résultats et ceux-ci sont discutés au chapitre suivant.

7 Discussion

Aux chapitres précédents, deux principaux résultats ont été identifiés. D'une part, la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie (ou la dissonance entre la situation et l'idéal) est un facteur central nuisant à la santé des participants et participantes. D'autre part, les découvertes personnelles étaient un effet important de la participation pour les participants et participantes. Ce chapitre examine la contribution de ces résultats à l'état des connaissances. Le chapitre se divise en cinq sections. La première section examine la contribution de l'étude à la compréhension des facteurs influençant la santé. La seconde section examine la contribution de l'étude à la compréhension des effets de la participation dans les études participatives. La troisième section rapporte des apprentissages personnels sur l'approche de recherche et les méthodes participatives. La quatrième section présente les forces et limites de l'étude et la cinquième section présente les retombées de l'étude.

7.1 La contribution de l'étude à la compréhension des facteurs influençant la santé

Cette étude a permis d'identifier la dissonance entre la situation et l'idéal comme facteur psychosocial nuisant à la santé des participants et participantes. Cette section examine la nouveauté de ce facteur et les liens avec les expériences vécues tôt dans la vie, les facteurs sociaux et structurels et les stratégies et actions de la vie quotidienne.

La dissonance entre la situation et l'idéal comme facteur psychosocial

Dans cette étude, la dissonance entre la situation actuelle et l'idéal de situation était à l'origine d'un profond mal-être. Cette dissonance correspondait à l'écart entre la situation actuelle et la situation passée ou idéale, situation relative à la position sociale, au marché du travail, à l'argent, aux relations sociales et à l'état de santé. Cet écart a été interprété comme la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie. La situation correspond à la situation sociale (position sociale et circonstances sociales) et de santé (état de santé). L'idéal correspond à l'idéal tel que compris par Adler (1961, 2002) : l'idéal fait partie de la conception (opinion ou image) de soi et du monde, laquelle conception est formée à travers les interactions sociales tôt dans la vie et détermine

la manière d'être dans le monde. L'idéal est ainsi conçu tôt dans la vie, par les interactions sociales, et fait partie de l'identité. La dissonance qui suit la perte ou la non atteinte de l'idéal de situation trouble le sentiment identitaire et génère un profond mal-être. Dans cette étude, la perte ou la non atteinte de l'idéal de situation correspondait à la perte d'une position sociale, à l'exclusion du marché du travail, au manque d'argent, à l'isolement social et aux problèmes de santé.

La dissonance entre la situation et l'idéal est plus spécifique et diffère de la dissonance cognitive. La dissonance cognitive a été conçue comme un écart entre deux éléments cognitifs, la cognition pouvant inclure « toute connaissance, opinion ou croyance relative à l'environnement, à la personne elle-même ou aux comportements de la personne »⁸ (p. 3, Festinger, 1957/1962; Metin et Metin Camgoz, 2011). Par exemple, la dissonance cognitive peut avoir lieu lorsqu'il y a un écart entre la connaissance d'un comportement fait et la connaissance d'un comportement attendu, comme utiliser ses mains plutôt que les ustensiles pour manger à un repas formel. La dissonance cognitive est vécue comme un inconfort psychologique (Elliot et Devine, 1994; Festinger, 1957/1962). La dissonance cognitive serait particulièrement importante lorsqu'elle implique la conception de soi, soit une cognition relative à la personne elle-même et un comportement de la personne allant à l'encontre de la conception de soi (Aronson, 1992; Metin et Metin Camgoz, 2011). Dans le même sens, la dissonance entre la situation et l'idéal implique la conception de soi et génère un profond mal-être plutôt qu'un « inconfort psychologique ». Par contre, bien que la dissonance entre la situation et l'idéal puisse correspondre à une dissonance entre deux éléments cognitifs dont la conception de soi, elle n'implique pas un comportement de la personne.

La dissonance entre la situation et l'idéal se distingue d'autres facteurs psychosociaux identifiés dans la présente étude et dans les écrits. La dissonance entre la situation et l'idéal se distingue d'effets comme le stress et les états et émotions négatives, incluant la tristesse, la dépression, l'anxiété et la peur (annexe 5). Comparativement au manque de contrôle, la dissonance entre la situation et l'idéal est un concept distinct et a des effets distincts. En effet, la dissonance entre la situation et l'idéal a lieu lorsque la situation actuelle perçue ne correspond pas à l'idéal de situation conçu tôt dans la vie, alors

⁸ Toutes les traductions de l'anglais sont celles de l'auteure.

que le manque de contrôle a lieu lorsqu'il y a un manque de pouvoir, comme un manque de pouvoir économique, sur le marché du travail ou dans les relations sociales. Bien qu'une composante de la situation peut être à l'origine tant de la dissonance entre la situation et l'idéal que du manque de contrôle, la dissonance entre la situation et l'idéal implique la perception et la conception de l'ensemble de la situation, alors que le manque de contrôle est lié à une composante de la situation. De plus, la dissonance entre la situation et l'idéal génère un profond mal-être et trouble le sentiment identitaire, alors que le manque de contrôle est lié au stress psychologique (évaluation d'une menace excédant les ressources) et engendre une réponse physiologique associée (voir le chapitre 2). Ainsi, l'amélioration d'une composante de la situation sociale, comme le niveau de revenu, pourrait augmenter le niveau de contrôle et réduire le stress psychologique et la réponse physiologique associée, mais pourrait ne pas résoudre la dissonance entre la situation et l'idéal et le mal-être associé tant que l'ensemble de la situation sociale ne correspond pas à l'idéal conçu tôt dans la vie.

La dissonance entre la situation et l'idéal se distingue aussi du manque de soutien et d'intégration, ainsi que de l'évaluation par les autres et la comparaison aux autres, explication avancée par Wilkinson et Pickett (2011). Contrairement à cette explication, la dissonance entre la situation et l'idéal implique une évaluation de sa propre situation en comparaison avec un idéal conçu tôt dans la vie, et non une perception de l'évaluation de sa situation par les autres ou une évaluation de sa situation en comparaison à celle des autres. Cependant, le mal-être associé à la dissonance entre la situation et l'idéal peut être aggravé par l'évaluation par les autres et la comparaison aux autres (voir les résultats au chapitre 5).

Des études méta-analytiques d'études de corrélation ont montré des résultats qui appuient en partie la dissonance entre la situation et l'idéal. En effet, ces études ont montré que la détresse psychologique chez les personnes sans emploi était associée à une importance élevée du rôle du travail ou à un désir élevé pour le travail, un niveau de désir en désaccord avec la situation de non emploi (McKee-Ryan et coll., 2005; Paul et Moser, 2006). Cependant, ces études ont examiné une composante de la situation sociale, soit l'emploi, alors que la dissonance réfère à la perception et à la conception de l'ensemble de la situation.

Les études participatives et qualitatives recensées au chapitre 2, ayant impliqué des adultes ayant un faible revenu et ayant examiné les facteurs influençant négativement leur santé, n'ont pas identifié la dissonance entre la situation et l'idéal. Certaines études ont cependant identifié des facteurs qui pourraient suggérer une dissonance entre la situation et l'idéal, comme les échecs, les frustrations et le regret (Baranowski, 1999; Mayer et Hamel, 1996; Raphael, 2011). Dans la présente étude, la dissonance entre la situation et l'idéal pourrait avoir été identifiée en raison de l'inclusion de personnes s'identifiant comme des anciennes professionnelles, ces personnes représentant la moitié du nombre total de participants et participantes. Le résultat de la dissonance entre la situation et l'idéal a tout de même été appuyé, non seulement par le cas de ces personnes s'identifiant comme des anciennes professionnelles et qui exprimaient un profond mal-être, mais aussi par le cas d'autres participants et participantes ayant perdu ou non atteint une situation conçue comme un idéal et qui rapportaient avoir vécu un profond mal-être dans le passé.

La dissonance entre la situation et l'idéal pourrait être un mécanisme par lequel la situation sociale influence la santé. Tarlov (1996) a proposé un mécanisme par lequel la situation sociale influencerait la santé et qui impliquerait une dissonance similaire à celle identifiée dans la présente étude : « Lorsque les attentes et la réalité se confrontent, nous spéculons : la chronique, persistante, inévitable dissonance entre ce qu'une personne voudrait faire ou être et ce qui semble réalisable active des signaux biologiques qui précèdent le développement de maladies chroniques. »⁹ (p. 85). Alors que cet auteur a proposé que les attentes et la réalité proviennent de l'observation et l'expérience d'inégalités sociales, la dissonance entre la situation et l'idéal ne se limite pas aux inégalités sociales et implique la perception et la conception de l'ensemble de la situation. De plus, Tarlov (1996) a proposé la dissonance entre les attentes et la réalité sans fournir de preuve empirique, alors que la présente étude a identifié la dissonance entre la situation et l'idéal à partir des données issues des rencontres de groupe avec les participants et participantes. En somme, la dissonance entre la situation et l'idéal est un facteur psychosocial qui, à notre connaissance, n'a pas été identifié empiriquement précédemment.

⁹ « *When expectations and reality clash, we speculate, the chronic, persistent, inescapable dissonance between what a person would like to do or become and what seems accomplishable triggers biological signals that are antecedent of chronic disease development.* » (Tarlov, 1996, p. 85)

Les expériences vécues tôt dans la vie

En plus de la dissonance entre la situation et l'idéal, la présente étude a identifié le manque d'amour et de soutien tôt dans la vie, lié aux expériences sociales négatives, comme nuisant à la santé des participants et participantes. Les expériences sociales négatives étaient les expériences d'absence parentale, de violence physique ou psychologique, d'abus sexuel et de parents ayant des exigences élevées, entre autres par rapport à la position sociale ou au rôle social. Ce résultat concorde avec les résultats d'études d'observation et expérimentales, dans lesquelles les expériences de négligence, d'abus émotionnel, physique et sexuel et de dysfonction familiale vécues tôt dans la vie étaient associées à des problèmes de santé ultérieurs (Anda et coll., 2006; Hertzman et Boyce, 2010; Kreppner et coll., 2007). Ce résultat concorde aussi avec les résultats d'une étude qualitative, dans laquelle les adultes vivant la pauvreté ont rapporté la violence ou l'abus dans l'enfance et plus tard comme facteurs influençant négativement leur santé (McAll et coll., 2012).

En plus des expériences ayant été étudiées ou rapportées précédemment, la présente étude a identifié l'expérience de parents ayant des exigences élevées, entre autres par rapport à la position sociale ou au rôle social. Cette expérience est examinée ici en considérant tant la situation des participants et participantes ayant vécu cette expérience que la situation de ceux et celles n'ayant pas vécu cette expérience. Il demeure que cette expérience a été vécue par la moitié des participants et participantes et que des études additionnelles sont nécessaires pour appuyer les idées avancées.

L'expérience de parents ayant des exigences élevées pourrait être plus courante dans les familles de classe moyenne : les participants et participantes ayant rapporté cette expérience n'ont pas rapporté de problèmes financiers dans leur enfance, contrairement aux autres participants et participantes. Cette expérience, combinée aux expériences d'absence parentale ou de violence, pourrait contribuer à la dissonance entre la situation et l'idéal. D'une part, les exigences parentales pourraient être intégrées dans l'idéal des personnes tôt dans leur vie. D'autre part, ces personnes pourraient avoir de la difficulté à atteindre cet idéal, étant donné les conséquences du manque d'amour et de soutien (faible sentiment identitaire, faible estime de soi, tendance à donner jusqu'à s'oublier ou à se surpasser jusqu'à s'épuiser) pouvant nuire au fonctionnement sur le marché du travail et dans les

relations sociales. L'expérience de parents ayant des exigences élevées, combinée aux expériences d'absence parentale ou de violence, pourrait être plus difficile à surmonter et ainsi plus nuisible que la seule expérience d'absence parentale ou de violence. Les participants et participantes ayant uniquement rapporté des expériences d'absence parentale ou de violence ont rapporté avoir surmonté ces expériences. Leur manière de surmonter ces expériences (en ayant « un caractère fort », en prenant le dessus dans leur relation avec leurs parents ou en élevant leurs enfants différemment) suggère que ces personnes ont pu se définir indépendamment de l'influence des adultes à l'origine de ces expériences. Cette définition de soi, indépendante de l'influence des adultes, pourrait être plus difficile à réaliser sous la pression d'exigences parentales, en plus de vivre l'absence parentale ou la violence, que lorsqu'il y a uniquement des expériences d'absence parentale ou de violence. Comme mentionné précédemment, des études additionnelles sont nécessaires pour appuyer les idées avancées.

Les facteurs sociaux et structurels

La présente étude a aussi identifié des facteurs sociaux et structurels nuisant à la santé des participants et participantes, ayant été regroupés sous le thème de la situation actuelle comme prison sociale et incluant : l'exclusion du marché du travail, la survie financière, l'isolement social, les problèmes de santé et de soins de santé et les normes et politiques injustes. Ces facteurs concordent avec ceux des écrits sur les déterminants sociaux de la santé (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2009; Raphael, 2009; Solar et Irwin, 2010). L'isolement social, incluant les difficultés relationnelles et les attitudes négatives par les autres, était une problématique particulièrement importante pour les participants et participantes, en plus du manque d'argent et des conditions matérielles et sociales associées comme les conditions d'emploi, ce qui rejoint les résultats d'autres études participatives et qualitatives impliquant des adultes ayant un faible revenu (Amaikwu-Rushing et coll., 2005; Baker Collins, 2005; Baranowski, 1999; Bermúdez-Millán et coll., 2011; Chircop, 2010; Doornbos et coll., 2013; Kaplan et coll., 2013; McAll et coll., 2012; Raphael, 2011; Sampson et coll., 2013; Thein et coll., 2009; Yang et coll., 2009; Young et Wharf Higgins, 2010; voir aussi le chapitre 2). La présente étude montre que les facteurs sociaux et structurels identifiés mènent à l'isolement social (figure 1). La

dissonance entre la situation et l'idéal et le mal-être associé peuvent aussi amener les personnes à s'isoler (voir l'annexe 6).

Les facteurs sociaux et structurels identifiés et les liens entre eux maintiennent les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. Ces mécanismes ont aussi été rapportés dans les études participatives et qualitatives impliquant des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2015; Mayer et Hamel, 1996; Reid, 2002). Ces mécanismes empêchent les personnes non seulement de sortir de cette situation, mais aussi de réaliser leur idéal de situation. Ces mécanismes peuvent aussi influencer de manière indirecte la formation de l'idéal. Par exemple, la valorisation dans la société d'une situation sociale particulière, comme une position sociale professionnelle, peut influencer les interactions sociales qui influencent tôt dans la vie la formation de l'idéal. Les facteurs sociaux et structurels et les liens entre eux peuvent ainsi contribuer à la dissonance entre la situation et l'idéal, en influençant la formation de l'idéal et en empêchant la réalisation de cet idéal.

L'identification des normes et politiques injustes suggère que les participants et participantes ont conscience des mécanismes économiques, politiques, institutionnels et culturels qui influencent leur situation sociale et ce, peu importe leur niveau de scolarité (secondaire, collégial, universitaire) ou leur implication dans l'organisme communautaire. L'utilisation de l'approche de recherche participative peut permettre d'examiner davantage les facteurs structurels, comme le suggère certaines études participatives recensées au chapitre 2 (Baker Collins, 2005; Redwood, 2008; Reid, 2002; Young et Wharf Higgins, 2010).

Les stratégies et actions de la vie quotidienne

Les stratégies et actions de la vie quotidienne rapportées par les participants et participantes informent sur leurs façons et difficultés de répondre non seulement aux demandes de la vie quotidienne, mais aussi à la dissonance entre la situation et l'idéal.

Les stratégies de trouver des façons de gérer la vie quotidienne et de fuir par des stratégies qui apaisent temporairement et qui nuisent à la santé sont similaires à celles rapportées dans les études participatives et qualitatives impliquant des adultes ayant un faible revenu (Kaplan et coll., 2013; Nicolaidis et coll., 2010; Raphael, 2011; Reid, 2002;

Sampson et coll., 2013; Young et Wharf Higgins, 2010; voir aussi Wharf Higgins et coll., 2006). Les stratégies qui apaisent temporairement et qui nuisent à la santé pourraient être utilisées par les personnes pour compenser non seulement les demandes excessives de la vie quotidienne, mais aussi le mal-être associé à la dissonance entre la situation et l'idéal.

Les stratégies et actions de revendiquer ses droits incluaient répondre aux interactions négatives, comme dans l'étude qualitative de Baranowski (1999), et résister individuellement aux situations perçues ou vécues comme injustes, comme dans les études participatives de Baker Collins (2005) et Redwood (2008), plutôt que s'organiser collectivement, comme dans l'étude de Redwood (2008).

La stratégie de travail sur soi et d'acceptation n'a pas été identifiée dans les études participatives et qualitatives recensées au chapitre 2, études qui n'ont pas non plus identifié la dissonance entre la situation et l'idéal. Cette stratégie pourrait être liée à la dissonance entre la situation et l'idéal. Cette stratégie suggère que certaines personnes « ajustent » leur idéal pour que celui-ci corresponde à leur situation, en acceptant leur situation et en déterminant des objectifs de vie en accord avec leur situation. Cet ajustement peut cependant être difficile dans la mesure où l'idéal fait partie de l'identité formée tôt dans la vie. Cet ajustement peut être particulièrement difficile pour les personnes ayant vécu tôt dans la vie l'expérience de parents ayant des exigences élevées, pouvant avoir intégré ces exigences dans leur idéal. Plutôt que l'ajustement de l'idéal, certaines personnes tentent de retrouver une situation correspondant à leur idéal. Cette tentative peut cependant être limitée par les mécanismes structurels, comme les normes et politiques, ou par la manière d'être résultant des expériences sociales négatives vécues tôt dans la vie et rendant difficile le fonctionnement sur le marché du travail et dans les relations sociales.

En somme, la présente étude contribue à la compréhension des facteurs influençant la santé, en identifiant et approfondissant un nouveau facteur psychosocial, soit la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie. Cette dissonance permet de comprendre l'origine du profond mal-être vécu ou ayant été vécu par les participants et participantes et pourrait être un mécanisme par lequel la situation sociale influencerait la santé. De plus, la présente étude confirme plusieurs facteurs sociaux identifiés dans les écrits, incluant les expériences liées au manque d'amour

et de soutien tôt dans la vie, l'isolement social, l'exclusion du marché du travail et la survie financière. Une autre contribution de la présente étude est présentée à la section qui suit.

7.2 La contribution de l'étude à la compréhension des effets de la participation

Cette étude a permis d'identifier les découvertes personnelles comme effet de la participation, en plus d'expériences positives et négatives. Cette section examine ces effets en lien avec ceux rapportés dans les écrits.

Les découvertes personnelles des participants et participantes étaient des découvertes profondes, révélatrices et troublantes, correspondant à une compréhension de soi en relation avec le monde, comme ses difficultés relationnelles, son isolement social contrastant avec sa participation au groupe, sa peur de réussir ou l'acceptation de ses différences pour exister. Ces découvertes concernaient des problèmes relationnels et existentiels et ont été peu rapportées dans les études participatives. Certaines études participatives recensées au chapitre 2 ont rapporté les apprentissages faits par les participants et participantes relatifs à briser leur isolement social, réaliser et critiquer leur oppression et pouvoir agir ensemble (Baker Collins, 2005; Reid, 2002; Snooks et coll., 2011; Yang et coll., 2009). Dans la présente étude, les découvertes personnelles ne concernaient pas seulement briser l'isolement social, mais concernaient aussi d'autres problèmes relationnels et existentiels comme ceux énumérés précédemment. Par ailleurs, les découvertes personnelles étaient davantage d'ordre personnel que critique des situations injustes et n'étaient pas relatives à l'action.

Il est probable que certains préalables soient requis pour développer la conscience critique et l'action. Par exemple, en répertoriant les effets liés au pouvoir d'agir dans les études ayant utilisé l'éducation populaire en santé publique, Wiggins (2012) a suggéré que ces effets progressent du personnel au collectif : l'estime de soi et la confiance en soi, le pouvoir d'agir psychologique (efficacité individuelle ou collective, croyance dans l'action individuelle ou collective, contrôle perçu), la conscience critique (de sa position sociale, de ses droits, de la société), le sentiment de communauté (soutien social, liens sociaux, but commun, confiance, réciprocité), le *leadership* personnel et collectif et la participation ou l'action sociale et politique. Dans la présente étude, les problèmes relationnels et existentiels devaient probablement être mis en lumière par et pour les participants et

participantes, pour leur permettre de progresser vers d'autres effets possibles de la participation. En plus, il n'y a pas eu d'action dans la présente étude, alors que celle-ci est nécessaire pour développer la conscience critique (Freire, 1996; Park, 1993). Il demeure que les découvertes personnelles étaient importantes pour les participants et participantes et qu'elles pourraient être nécessaires dans le processus de participation.

En plus d'avoir fait des découvertes personnelles, les participants et participantes ont vécu des expériences positives et négatives. Les expériences positives incluaient briser l'isolement social et apprendre et chercher ensemble, ces effets ayant aussi été rapportés dans d'autres études participatives (Baker Collins, 2005; Reid, 2002; Yang et coll., 2009; Wiggins, 2012). Les expériences négatives étaient des expériences émotionnellement difficiles, incluant des difficultés dans les interactions avec les autres, des sujets de discussion émotionnels, un sentiment de ne pas avancer par rapport aux solutions et une fin des rencontres émotionnelle. Ces expériences négatives mettent en lumière des problèmes fondamentaux vécus par les participants et participantes, comme la manière d'être formée par les interactions sociales tôt dans la vie, le manque de solutions à l'égard des problèmes vécus et l'isolement social. Certaines de ces expériences négatives ont aussi été rapportées dans une étude participative féministe avec des femmes ayant un faible revenu, comme des discussions émotionnelles, un sentiment que peu est accompli et un sentiment d'impuissance (Reid, 2002). Outre ces effets, Reid (2002) a aussi identifié le risque potentiel lié à une participation critique des institutions (organiser un atelier de plaintes sur l'assistance sociale alors que les femmes bénéficient de cette assistance). Il est probable que ce risque n'ait pas été identifié dans la présente étude, étant donné qu'il n'y a pas eu d'organisation collective comme dans l'étude de Reid (2002).

Contrairement aux effets positifs, les effets négatifs de la participation ont été peu rapportés dans les études participatives (voir le chapitre 2). Ces effets négatifs ne sont pas nécessairement indésirables. Dans la présente étude, une des personnes ayant vécu un conflit avec une autre personne a parlé du conflit comme étant « des chocs électriques », mais d'avoir le « droit » à « ces profondeurs-là » (chapitre 6). De plus, les découvertes personnelles étaient troublantes et révélatrices pour les personnes. Aussi, malgré les bouleversements vécus lors de la collecte des données, la majorité des participants et participantes ont poursuivi leur participation à l'analyse des données, incluant à la

rencontre pour la vérification des résultats un an après le début de la collecte des données. Les effets négatifs de la participation pourraient refléter la profondeur de l'investigation, celle-ci mettant en lumière des problèmes fondamentaux, qu'ils soient critiques comme dans l'étude de Reid (2002) ou personnels comme dans la présente étude. Les effets négatifs pourraient être vus comme des effets à comprendre et à considérer dans le processus de participation, comme Reid et coll. (2006) ont noté que le sentiment d'impuissance ne doit pas être sous-estimé, mais considéré par les chercheurs et chercheuses. Les effets négatifs peuvent faire partie de l'expérience de la participation et leur considération peut permettre une compréhension plus complète de cette expérience.

En somme, la présente étude contribue à la compréhension des effets de la participation dans les études participatives, en identifiant et approfondissant un effet important et peu rapporté, soit les découvertes personnelles ou une meilleure compréhension de soi dans le monde. De plus, la présente étude confirme certaines expériences positives et négatives de la participation ayant été rapportées dans les études participatives, comme briser l'isolement social et apprendre et chercher ensemble ou des sujets de discussion émotionnels et un sentiment de ne pas avancer par rapport aux solutions.

7.3 Les apprentissages sur l'approche de recherche et les méthodes participatives

Cette section rapporte des apprentissages personnels sur l'approche de recherche participative et les méthodes participatives utilisées dans la présente étude, pour les personnes intéressées par cette approche ou ces méthodes.

Concernant les méthodes, la méthode de présentation de problèmes, utilisée pour animer les rencontres de groupe, nécessite un engagement dans le milieu pour comprendre les intérêts et préoccupations des personnes et développer la méthode pour favoriser la compréhension des situations et l'action (Freire, 1978, 1996; Kamberelis et Dimitriadis, 2011). Entre autres, dans la présente étude, pour l'activité basée sur le jeu de rôle, la facilitatrice aurait pu inviter les personnes à changer de rôle puisqu'il est possible que les personnes aient joué un rôle avec lequel elles sont plus familières, par exemple, le rôle de la personne qui réagit lorsqu'elle reçoit un service et qu'elle est mal traitée. Par ailleurs, l'activité où les personnes étaient invitées à dire ce qui nuit le plus à leur santé en une

minute a permis de faire ressortir des problématiques centrales pour ces personnes. Le manque d'expérience dans la pratique de la méthode de présentation de problèmes peut être balancé par des échanges réguliers avec une personne ayant mis en pratique cette méthode. Les échanges entre une telle personne et l'auteure, entre les rencontres de groupe pour la collecte des données, ont permis à l'auteure de mieux déterminer les activités à faire et les questions à poser aux rencontres suivantes pour favoriser la compréhension et l'action.

Pour l'analyse des données avec les participants et participantes, ces personnes devraient pouvoir écouter les enregistrements et lire les transcriptions. Dans la présente étude, l'analyse des données avec les participants et participantes a permis non seulement des interprétations plus représentatives des expériences et perceptions des personnes, mais aussi des découvertes personnelles. En effet, une participante a fait une découverte pour et par elle-même en lisant les transcriptions (voir le chapitre 6). De manière similaire, l'écoute des enregistrements par les participants et participantes pourrait permettre des découvertes personnelles.

Alors qu'il avait été prévu que l'analyse des données avec les participants et participantes se déroule pendant la collecte des données, cela n'a pas été possible car l'auteure n'avait pas complété les transcriptions. Il aurait été plus efficient pour l'auteure de faire appel à des services professionnels de transcription, en particulier pour les parties des transcriptions ayant été analysées avec les participants et participantes. Par ailleurs, un participant a dit à la première rencontre de groupe pour l'analyse des données que même si les transcriptions n'étaient pas complétées, les participants et participantes auraient pu écouter les enregistrements et cela aurait pu faciliter la lecture des transcriptions. Il est possible de se demander si l'analyse des données avec les participants et participantes pendant la collecte des données aurait limité l'approfondissement des sujets par les participants et participantes lors des rencontres pour la collecte des données, en étant en même temps dans un processus d'analyse.

Concernant les transcriptions, celles-ci devraient exclure les hésitations et les phrases interrompues qui alourdissent le texte et rendent la lecture difficile pour les participants et participantes. La question liée à la possibilité de lire les transcriptions chez soi devrait être discutée avec les participants et participantes au moment de l'analyse des données. Dans la présente étude, l'auteure avait abordé la question à la première rencontre

de groupe pour la collecte des données et cela avait créé une tension dans les échanges, entre ceux et celles en accord ou en désaccord avec l'idée. La question a été à nouveau abordée à la première rencontre de groupe pour l'analyse des données, cette fois-ci, par les participants et participantes (voir le chapitre 4). Il était difficile pour les participants et participantes qui se connaissaient peu initialement de répondre à cette question à la toute première rencontre de groupe.

Concernant l'approche de recherche participative, celle-ci nécessite un profond désir de comprendre, d'apprendre et d'agir avec les autres (Freire, 1982). Cette approche nécessite aussi d'être réaliste par rapport à l'action, pour ne pas vivre une déception et un découragement. En effet, du temps est nécessaire pour progresser vers la conscience critique et l'action, pour développer entre autres la confiance en soi, la croyance en l'action individuelle ou collective, le sentiment de communauté, incluant le soutien social, le but commun et la confiance, et le *leadership* personnel et collectif (Wiggins, 2012; voir aussi la section précédente). Certains contextes peuvent limiter la progression vers la conscience critique et l'action, comme un faible sentiment de communauté ou des barrières structurelles élevées (Wiggins, 2012).

Au début de la présente étude, les participants et participantes ne se connaissaient pas bien et certaines personnes avaient une méfiance ou une peur du jugement ou du rejet. Une période de temps a été nécessaire pour se connaître et établir la confiance. De plus, les personnes n'étaient pas initialement mobilisées à l'égard des problèmes vécus, la majorité vivait un isolement social et certaines avaient une faible confiance en soi. Aussi, les personnes vivaient ou percevaient leur situation de manière différente, ce qui pouvait limiter le développement d'un « but commun ». Entre autres, alors que certaines personnes acceptaient leur situation, d'autres ne l'acceptaient pas complètement. Le sentiment de communauté pourrait être faible dans les milieux où les personnes vivent davantage l'isolement social, bien qu'elles fréquentent des organismes communautaires. En effet, dans une évaluation participative de la pauvreté avec des femmes bénéficiant de l'assistance sociale et membres d'une coopérative alimentaire, Baker Collins (2002) a noté que les rencontres de groupe en dehors des rencontres de la coopérative étaient nécessaires pour établir la confiance et favoriser la participation. De manière similaire, dans la présente étude, une participante a rapporté que sa participation au groupe lui permettait de

s'exprimer, ce qu'elle ne pouvait pas faire dans d'autres lieux, incluant dans un programme de l'organisme communautaire (voir le chapitre 6).

En plus, il peut être difficile d'agir à l'égard des mécanismes structurels lorsqu'aucun mouvement n'a été amorcé. En effet, dans sa recension des études, Wiggins (2012) a identifié que la participation avait été particulièrement significative dans un contexte où un mouvement pour récupérer des terres avait déjà été amorcé par un autre groupe. Aussi, il n'est pas toujours possible pour les personnes ayant moins de pouvoir de sentir qu'elles peuvent agir collectivement (Reid et coll., 2006). Étant donné ces contextes, il importe d'être réaliste par rapport à l'action.

Somme toute, l'approche de recherche participative et les méthodes participatives nécessitent de l'engagement, de la pratique, du temps ainsi que d'être réaliste par rapport à l'action, l'important étant surtout la découverte par chacun et chacune de sa propre situation et de sa propre action.

7.4 Les forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude est l'examen en profondeur des facteurs nuisant à la santé, avec la participation des personnes concernées. L'utilisation de l'approche de recherche participative et de la méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire a permis cet examen en profondeur et la participation des personnes. Entre autres, les questions étaient ouvertes, les méthodes développées pour faire ressortir des expériences ou perceptions profondes et le projet était ouvert à l'action bien qu'il n'y en ait pas eu. L'utilisation de cette approche et de cette méthode a permis d'identifier la dissonance entre la situation et l'idéal et a permis des découvertes personnelles pour les participants et participantes. Les forces et limites de l'étude sont présentées selon les critères de qualité de la participation et des résultats (Bradbury et Reason, 2001; Lincoln et Guba, 1985).

La qualité de la participation

Dans cette étude, les participants et participantes ont été impliqués comme participants-chercheurs et participantes-chercheuses. Les possibilités de participation, à la recherche, à l'action et à l'éducation, ont été discutées avec ces personnes. Ces personnes

ont participé aux décisions méthodologiques, à la détermination des objectifs, à la collecte et l'analyse des données et à la présentation des résultats. Ces personnes ont cherché à comprendre les problèmes vécus et à trouver les solutions. Ces personnes ont aussi discuté de leurs découvertes et expériences découlant de leur participation.

La participation a été limitée par la courte durée du projet. En effet, la collecte des données était d'une durée de deux mois et l'analyse des données était d'une durée de quatre mois. Par contraste, les études participatives recensées au chapitre 2 étaient d'une durée de six mois à quatre ans. Or, le processus vers la conscience critique et l'action exige du temps, pour développer entre autres la confiance en soi, le pouvoir d'agir psychologique, le sentiment de communauté et le *leadership* (Park, 1993; Wiggins, 2012; voir aussi la section précédente). De plus, l'échéancier académique permet difficilement la participation à l'analyse des données et à la rédaction du rapport final, comme l'a rapporté Reid (2002) dans sa thèse de doctorat. Dans la présente étude, les participants et participantes ont participé à l'analyse manuelle des données, mais n'ont pas participé à l'analyse électronique, le développement des thèmes et la rédaction de l'article scientifique intégré au présent mémoire. Par ailleurs, la durée du projet était réaliste pour une maîtrise.

La qualité des résultats

Plusieurs moyens ont été pris pour assurer la qualité des résultats (Lincoln et Guba, 1985). Pour assurer l'adéquation entre les données et les interprétations (crédibilité), l'auteure a été impliquée de manière prolongée dans le milieu. Elle a été bénévole au service de dépannage alimentaire de l'organisme communautaire pendant la période de recrutement et de collecte et d'analyse des données, ce qui lui a permis de développer une relation de confiance avec le milieu et de mieux comprendre celui-ci. L'auteure a aussi développé une relation de confiance avec les participants et participantes. L'analyse des données et la présentation des résultats avec les participants et participantes ont permis de prolonger la présence de l'auteure dans le milieu.

D'autres moyens ont été pris pour assurer la crédibilité. L'analyse des données a aussi été réalisée en collaboration avec les directrices de recherche. Les thèmes ont été révisés par l'auteure en considérant les données contradictoires et les notes de terrains. Des rencontres entre l'auteure et les directrices de recherche et entre l'auteure et une personne

ayant mis en pratique la pédagogie de Freire ont permis à l'auteure de questionner ses choix et de développer ses idées. Des vérifications avec les participants et participantes ont été faites à plusieurs étapes de la recherche, incluant à la rencontre de groupe pour la vérification des résultats. De plus, lors de la codification électronique des données, l'auteure a distingué ses interprétations de l'expression des participants et participantes (Paillé et Mucchielli, 2012).

D'autres moyens ont été pris pour assurer la qualité des résultats (Lincoln et Guba, 1985). Les directrices de recherche ont révisé les résultats, interprétations et recommandations pour assurer que ceux-ci soient cohérents et appuyés par les données (confirmabilité). Elles ont aussi révisé les notes de terrain et les parties du journal de l'auteure correspondant à la période de collecte et d'analyse des données en groupe, pour assurer que les décisions méthodologiques soient appropriées (*dependability*). Finalement, une description du contexte et du temps a été fournie pour permettre la transférabilité des résultats, interprétations et recommandations.

La transférabilité des résultats est limitée par le petit nombre de participants et participantes (huit). Entre autres, les résultats des sous-analyses sont transférables à des sous-groupes aux caractéristiques ou expériences similaires. Par ailleurs, le nombre était adéquat pour permettre aux personnes de s'exprimer en profondeur et de réagir aux propos des autres. Une autre limite est qu'il est probable que certains sujets de discussion n'aient pas été approfondis. Par exemple, une participante a mentionné lors de la rencontre de groupe pour la vérification des résultats que la consommation actuelle d'alcool ou de drogues peut ne pas avoir été rapporté en raison d'une réticence à en parler.

Globalement, la force principale de la présente étude est la profondeur des résultats obtenus, en utilisant l'approche de recherche participative et la méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire.

7.5 Les retombées de l'étude

Cette section présente les retombées de l'étude pour l'organisme et les personnes impliquées, la recherche et la pratique.

Pour l'organisme communautaire, la collaboration au projet a permis d'étendre son réseau social, c'est-à-dire avec le milieu académique. Le sentiment de reconnaissance et de

fiercé lié à la collaboration au projet pourrait être limité par le fait que le nom de l'organisme n'est pas divulgué pour limiter le risque potentiel d'identification des participants et participantes. La présentation des résultats à l'équipe de direction et de coordination a permis le partage des connaissances. Cependant, le manque de ressources financières et humaines limite la capacité de l'organisme à mettre en pratique les connaissances acquises. Par exemple, l'équipe de direction et de coordination a exprimé la difficulté, sans soutien financier, d'engager une personne ayant l'expérience de l'approche participative pour poursuivre des rencontres similaires à celles du projet.

Pour les participants et participantes, leur participation a permis des découvertes personnelles, en plus de briser leur isolement et d'apprendre et chercher avec les autres. Leur participation a aussi été accompagnée d'expériences émotionnellement difficiles. Pour l'auteure, son engagement a permis des découvertes personnelles, incluant par rapport à sa propre dissonance entre sa situation et son idéal.

Pour la recherche, la présente étude contribue à une meilleure compréhension des facteurs influençant la santé, en identifiant et approfondissant un nouveau facteur psychosocial, soit la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie. Les études épidémiologiques devraient examiner l'influence de ce facteur dans l'association entre la situation sociale et la santé. Ces études et les études participatives devraient mieux intégrer les travaux en psychologie, car comme le notait le sociologue Antonovsky (1987), « les conflits et stimuli internes sont omniprésents » (p. 16). En plus, la recherche sur les mécanismes structurels devrait examiner les normes et politiques qui empêchent les personnes de réaliser leur idéal de situation. La présente étude contribue aussi à une meilleure compréhension des effets de la participation dans les études participatives, en identifiant et approfondissant un effet important ayant été peu rapporté, soit les découvertes personnelles ou une meilleure compréhension de soi dans le monde.

Pour la pratique, les résultats de la présente étude suggèrent d'accompagner les personnes dans la compréhension de leurs expériences de l'enfance à l'âge adulte et de leur conception d'elles-mêmes et du monde. L'utilisation de l'approche de recherche participative et de la méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire peut être un moyen d'accomplir cela. Les ressources financières, humaines et spatiales devraient être disponibles pour permettre cet accompagnement en milieu communautaire.

Ces ressources devraient aussi être disponibles pour permettre aux personnes de s'exprimer avec d'autres personnes vivant des situations similaires.

En plus, les actions, interventions et politiques devraient permettre aux personnes de réaliser leur idéal de situation ainsi que de répondre aux besoins d'amour et de soutien des enfants. En ce sens, une politique à considérer est celle du revenu de base ou du revenu minimum garanti. Le revenu de base est un paiement périodique comptant versé sans condition à chaque personne (Basic Income Earth Network, s. d.; Van Parijs, 2000). Le revenu minimum garanti est versé à chaque personne ou ménage selon le revenu de la personne ou du ménage : par exemple, si le revenu de la personne ou du ménage est inférieur au seuil de revenu prédéterminé, le montant correspondant à la différence entre le revenu et le seuil est versé à la personne ou au ménage. Le revenu de base ou le revenu minimum garanti assure un certain revenu et ce, peu importe la situation d'emploi. Avec cette politique et contrairement à celle de l'aide sociale, les personnes pourraient occuper un emploi, incluant un emploi à temps partiel ou au salaire minimum, poursuivre une formation ou faire uniquement du bénévolat, tout en étant assurées d'un certain revenu. Elles n'auraient pas l'obligation d'occuper ou de chercher un emploi ou de participer à des activités particulières pour bénéficier de ce revenu. Il est possible de se demander si la politique du revenu de base ou du revenu minimum garanti permettrait de réduire la dissonance entre la situation et l'idéal en permettant, par exemple, de réduire l'importance d'occuper un certain emploi ou d'avoir un certain revenu, alors que la personne ne peut accomplir cela. Entre autres, d'après les données de l'expérience du revenu annuel garanti au Manitoba (MINCOME), réalisée dans les années 1970, ce revenu permettrait d'éliminer le stigma social associé à l'aide sociale (Calnitsky, 2016).

Des études pour tester et évaluer le revenu de base ou le revenu minimum garanti sont en cours en Europe et en Ontario (« B-MINCOME », 2016; Gouvernement de l'Ontario, 2017; Kela, s. d.). Au Québec, une forme de revenu minimum garanti pourrait être à venir, selon le dernier budget (Benns, 2017). Une intervention à considérer pour les organismes communautaires et la population serait de participer aux actions pour un revenu de base ou un revenu minimum garanti.

En plus des résultats sur les déterminants sociaux et psychosociaux de la santé, la présente étude fournit un exemple d'approche de recherche participative avec des

personnes ayant un faible revenu. Les personnes intéressées par cette approche pourraient s'inspirer de la méthode décrite aux chapitres 4 et 5 et des apprentissages personnels rapportés à la section 7.3. Ces personnes devraient garder à l'esprit les principes de cette approche et s'allier avec d'autres personnes suivant cette approche. Entre autres, cette approche nécessite de la flexibilité et de la créativité pour découvrir avec les participants et participantes les moyens pour comprendre en profondeur les problématiques vécues et initier l'action.

8 Conclusion

Cette étude s'inscrivait dans un contexte où l'intérêt est croissant pour comprendre et intervenir à l'égard des déterminants sociaux de la santé. Peu d'études avaient examiné en profondeur les facteurs sociaux et psychosociaux influençant la santé des adultes ayant un faible revenu avec la participation de ces personnes. De plus, aucune étude n'avait identifié ou investigué un facteur ou mécanisme psychosocial similaire à celui proposé par Tarlov (1996), soit la dissonance entre les attentes et la réalité.

Cette étude visait à mieux comprendre ce qui influence la santé des adultes ayant un faible revenu, avec la participation de ces personnes. Elle se différenciait des études précédentes en examinant de manière plus approfondie les facteurs sociaux et psychosociaux nuisant à la santé, par l'utilisation d'une approche de recherche participative et d'une méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire. De plus, contrairement à la majorité des études précédentes, la présente étude a permis la participation des personnes à l'analyse des données.

Cette étude impliquait huit adultes ayant un faible revenu, fréquentant un service de dépannage alimentaire d'un organisme communautaire en milieu urbain. Ces personnes ont participé à huit rencontres de groupe qui comprenaient des activités pour examiner les problèmes et solutions, par exemple, par la présentation d'images ou d'histoires représentatives et le jeu de rôle. Ces personnes ont aussi participé à l'analyse thématique des données qui incluait cinq rencontres de groupe.

Le principal résultat de cette étude est que la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie est un facteur central nuisant à la santé des participants et participantes. L'idéal fait partie de la conception de soi et du monde, formée à travers les interactions sociales tôt dans la vie (Adler, 1961, 2002). La dissonance entre la situation et l'idéal génère un profond mal-être et suit la perte ou la non atteinte de l'idéal. Cette dissonance est un facteur psychosocial qui, à notre connaissance, n'a pas été identifié empiriquement précédemment. En identifiant et approfondissant ce facteur similaire au mécanisme proposé par Tarlov (1996), la présente étude contribue à une meilleure compréhension des facteurs influençant la santé. En plus, cette étude confirme plusieurs facteurs sociaux identifiés dans d'autres études, comme les expériences liées au

manque d'amour et de soutien tôt dans la vie, l'isolement social, l'exclusion du marché du travail et la survie financière.

Un autre résultat de cette étude est que la participation a permis des découvertes personnelles, c'est-à-dire une meilleure compréhension de soi dans le monde. En identifiant et approfondissant cet effet important de la participation, peu rapporté dans les études participatives, la présente étude contribue à une meilleure compréhension des effets de la participation dans les études participatives. De plus, cette étude confirme certaines expériences positives et négatives de la participation ayant été rapportées précédemment, incluant briser l'isolement social et apprendre et chercher ensemble ou des sujets de discussion émotionnels et un sentiment de ne pas avancer par rapport aux solutions.

Les résultats de cette étude suggèrent que pour comprendre le profond mal-être ou l'association entre la situation sociale et la santé, il est nécessaire de considérer la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie. En recherche, les études devraient examiner l'influence de ce facteur dans l'association entre la situation sociale et la santé ainsi qu'intégrer davantage les travaux en psychologie. Aussi, la recherche sur les mécanismes structurels devrait examiner les normes et politiques qui empêchent les personnes de réaliser leur idéal de situation. En pratique, il est suggéré d'accompagner les personnes vivant un profond mal-être à comprendre leur idéal de situation conçu tôt dans la vie en relation avec leur situation actuelle perçue. L'approche de recherche participative combinée à la méthode de présentation de problèmes selon la pédagogie de Freire peut être un moyen d'accomplir cela. Les ressources devraient être disponibles pour permettre cet accompagnement en milieu communautaire ainsi que pour permettre aux personnes de s'exprimer avec d'autres personnes vivant des situations similaires. Les actions, interventions et politiques devraient permettre aux personnes de réaliser leur idéal de situation et de répondre aux besoins d'amour et de soutien des enfants. En ce sens, la politique du revenu de base ou du revenu minimum garanti est à considérer.

En somme, ce mémoire a mis en lumière l'importance des facteurs psychosociaux en lien avec les déterminants sociaux de la santé ainsi que le potentiel de l'approche de recherche participative pour approfondir les connaissances et contribuer à l'évolution des personnes. Ce mémoire appelle l'action pour que les situations des personnes correspondent mieux à leur idéal de situation conçu tôt dans la vie.

Liste des références

- Adler, A. (1961). *Pratique et théorie de la psychologie individuelle comparée*. Paris, France : Payot.
- Adler, A. (2002). *Le sens de la vie : étude de psychologie individuelle*. Paris, France : Payot.
- Adler, N. E., et Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 5–23. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x>
- Amaikwu-Rushing, L., Fitzgerald, D., Smith, K., Wilson, C., Irwin, D., et Pharris, M. D. (2005). Health, well-being, and racism: The experience of women and girls of color in North Minneapolis. *Minnesota Medicine*, 88(2), 28–31, 41. Document disponible sur le site Internet de Minnesota Medicine Magazine : <http://www.minnesotamedicine.com>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <http://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Aronson, E. (1992). The return of the repressed: Dissonance theory makes a comeback. *Psychological Inquiry*, 3(4), 303–311. http://doi.org/10.1207/s15327965pli0304_1
- Baker Collins, S. (2002). *Vulnerability and assets in urban poverty: Bringing together participatory methods and a sustainable livelihoods framework* (Doctoral dissertation). Document disponible dans ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 305486667)
- Baker Collins, S. (2005). An understanding of poverty from those who are poor. *Action Research*, 3(1), 9–31. <http://doi.org/10.1177/1476750305047983>
- Banques alimentaires Canada. (2015). *Bilan-Faim 2015*. Document disponible sur le site Internet : <https://www.banquesalimentairescanada.ca/bilanfaim>
- Baranowski, K. L. (1999). *Health perceptions and barriers to health as defined by women marginalized by socioeconomic status* (Doctoral dissertation). Document disponible dans ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 304542603)
- Baron, R. M., et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Basic Income Earth Network. (s. d.). Frequently asked questions. Page consultée le 13 juillet 2017 sur le site Internet : <http://basicincome.org/basic-income/frequently-asked-questions/>
- Benns, R. (2017). Quebec hints at basic income in recent budget, aims to bypass testing. Page consultée sur le site Internet de Basic Income Earth Network :

- <http://basicincome.org/news/2017/03/quebec-canada-governments-hints-at-guaranteed-minimum-income-in-new-budget/>
- Bermúdez-Millán, A., Damio, G., Cruz, J., D'Angelo, K., Segura-Pérez, S., Hromi-Fiedler, A., et Pérez-Escamilla, R. (2011). Stress and the social determinants of maternal health among Puerto Rican women: A CBPR approach. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(4), 1315–1330.
<http://doi.org/10.1353/hpu.2011.0108>
- B-MINCOME – Combining guaranteed minimum income and active social policies in deprived urban areas [Initiative de l'Ajuntament de Barcelona]. (2016). Page consultée sur le site Internet de Urban Innovative Actions : <http://www.uia-initiative.eu/en/city/barcelona>
- Booske, B. C., Athens, J. K., Kindig, D. A., Park, H., et Remington, P. L. (2010). *Different perspectives for assigning weights to determinants of health. "Country Health Rankings" working paper*. Document disponible sur le site de University of Wisconsin Population Health Institute : <https://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf>
- Bradbury, H., et Reason, P. (2001). Conclusion: Broadening the bandwidth of validity: Issues and choice-points for improving the quality of action research. Dans P. Reason et H. Bradbury (dir.), *Handbook of action research: Participative inquiry and practice* (pp. 447-455). London, England : SAGE Publications.
- Bruchon-Schweitzer, M., et Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé* (2e éd.). *Concepts, méthodes et modèles*. Paris : Dunod.
- Brydon-Miller, M., Kral, M., Maguire, P., Noffke, S., et Sabhlok, A. (2011). Jazz and the banyan tree: Roots and riffs on participatory action research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 387–400). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Calnitsky, D. (2016). "More normal than welfare": The Mincome Experiment, stigma, and community experience. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 53(1), 26–71. <http://doi.org/10.1111/cars.12091>
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2009). *Prendre la mesure de la pauvreté. Proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec. Avis au ministre*. Document disponible sur le site Internet : <http://www.cepe.gouv.qc.ca>
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2014). *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*. Document disponible sur le site Internet : <http://www.cepe.gouv.qc.ca>
- Centre for Oral History and Digital Storytelling (producteur). (2013). *Interview transcription* [Webinar]. Disponible sur le site Internet : <http://storytelling.concordia.ca/content/webinar-2-interview-transcription>
- Chircop, A. (2010). *Environmental health inequities: Low-income mothers' negotiation of health in a low-income urban neighborhood* (Doctoral dissertation). Document disponible dans ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 609432565)

- Cohen, S., Kamarck, T., et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
<http://doi.org/10.2307/2136404>
- Commission des Déterminants sociaux de la Santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Document disponible sur le site Internet de l'Organisation mondiale de la Santé : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. (s. d.). Historique. Page consultée le 3 mai 2017 sur le site Internet : <http://ccsddh.ca/fr/about-ccsddh/background>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Doornbos, M. M., Zandee, G. L., DeGroot, J., et De Maagd-Rodriguez, M. (2013). Using community-based participatory research to explore social determinants of women's mental health and barriers to help-seeking in three urban, ethnically diverse, impoverished, and underserved communities. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 278–284. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.09.001>
- Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: Examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6), 421–434. <http://doi.org/10.1038/nrn3231>
- Elliot, A. J., et Devine, P. G. (1994). On the motivational nature of cognitive dissonance: Dissonance as psychological discomfort. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 382–394. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.382>
- Everson-Rose, S. A., et Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469–500.
<http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542>
- Farquhar, S. A., Michael, Y. L., et Wiggins, N. (2005). Building on leadership and social capital to create change in 2 urban communities. *American Journal of Public Health*, 95(4), 596–601. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2004.048280>
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA : Stanford University Press. (Original work published 1957)
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Freire, P. (1978). *L'éducation : pratique de la liberté*. Paris, France : Éditions du Cerf.
- Freire, P. (1982). Creating alternative research methods: Learning to do it by doing it. Dans B. Hall, A. Gillette, et R. Tandon (dir.), *Creating knowledge: A monopoly? Participatory research in development* (pp. 29–37). New Delhi, India : Society for Participatory Research in Asia.
- Freire, P. (1996). *Pedagogy of the oppressed* (new rev. ed.). New York, NY : Penguin Books.
- Gouvernement de l'Ontario. (2017). Projet pilote portant sur le revenu de base. Page consultée sur le site Internet : <https://www.ontario.ca/fr/page/projet-pilote-portant-sur-le-revenu-de-base>
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.
<http://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x>

- Hemingway, H., et Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart studies: Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*, 318, 1460–1467. <http://doi.org/10.1136/bmj.318.7196.1460>
- Hertzman, C., et Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health*, 31, 329–347. <http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103538>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., et Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Humphreys, N. A. (dir.). (1885). *Vital statistics: A memorial volume of selections from the reports and writings of William Farr*. London, England : The Sanitary Institute of Great Britain.
- Kamberelis, G., et Dimitriadis, G. (2011). Focus groups: Contingent articulations of pedagogy, politics, and inquiry. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 545–561). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Kaplan, S. A., Madden, V. P., Mijanovich, T., et Purcaro, E. (2013). The perception of stress and its impact on health in poor communities. *Journal of Community Health*, 38(1), 142–149. <http://doi.org/10.1007/s10900-012-9593-5>
- Kawachi, I., Adler, N. E., et Dow, W. H. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 56–68. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05340.x>
- Kela [The Social Insurance Institution of Finland]. (s. d.). Basic income experiment 2017–2018. Site consulté le 13 juillet 2017 : <http://www.kela.fi/web/en/basic-income-experiment-2017-2018>
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43(4), 931–946. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.931>
- Kuper, H., Marmot, M., et Hemingway, H. (2002). Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*, 2(3), 267–314. <http://doi.org/10.1055/s-2002-35401>
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY : Springer.
- Lechaume, A., et Savard, F. (2015). *Avis sur la mesure de l'exclusion sociale associée à la pauvreté : des indicateurs à suivre*. Document disponible sur le site Internet du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion : <http://www.cepe.gouv.qc.ca>
- Lehman, B. J., Taylor, S. E., Kiefe, C. I., et Seeman, T. E. (2005). Relation of childhood socioeconomic status and family environment to adult metabolic functioning in the CARDIA study. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 846–854. <http://doi.org/10.1097/01.psy.0000188443.48405.eb>
- Lincoln, Y. S., et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverley Hills, CA : SAGE Publications.
- Lister, R. (2004). *Poverty*. Cambridge, England : Polity Press.

- Marmot, M. G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., et Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350(9073), 235–239. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)04244-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)04244-X)
- Matthews, K. A., et Gallo, L. C. (2011). Psychological perspective on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62, 501–530. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130711>
- Matthews, K. A., Gallo, L. C., et Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 146–173. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x>
- Mayer, R., et Hamel, C. (1996). La voix d’une population sans voix. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 9(2), 151–168. <http://doi.org/10.7202/301373ar>
- McAll, C., Awad, J., Desgagnés, J.-Y., Gagné, J., Godrie, B., Keays, N., ... Stoetzel, N. (2012). *Au-delà du préjugé : trajectoires de vie, pauvreté et santé*. Québec, Canada : Presses de l’Université du Québec.
- McEwen, B. S., Bowles, N. P., Gray, J. D., Hill, M. N., Hunter, R. G., Karatsoreos, I. N., et Nasca, C. (2015). Mechanisms of stress in the brain. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1353–1363. <http://doi.org/10.1038/nn.4086>
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., et Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53–76. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- McQuiston, C., Parrado, E. A., Olmos, J. C., et Bustillo Martinez, A. M. (2005). Field notes guide. Dans B. A. Israel, E. Eng, A. J. Schulz, et E. A. Parker (dir.), *Methods in community-based participatory research for health* (pp. 423–424). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Metin, I., et Metin Camgoz, S. (2011). The advances in the history of cognitive dissonance theory. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(6), 131–136. Document disponible sur le site Internet de International Journal of Humanities and Social Science : http://www.ijhssnet.com/journals/Vol._1_No._6;_June_2011/14.pdf
- Ministère de l’Emploi et de la Solidarité sociale. (2014). *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d’assistance sociale. Septembre 2014*. Disponible sur le site Internet : www.mess.gouv.qc.ca/statistiques
- Mitra, D., Shaw, A., Tjepkema, M., et Peters, P. (2015). *Déterminants sociaux de l’incidence du cancer du poumon au Canada : une étude prospective sur 13 ans* (Rapports sur la santé, No. 82-003-X201500614195). Document disponible sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015006/article/14195-fra.pdf>
- Nicolaidis, C., Timmons, V., Thomas, M. J., Waters, A. S., Wahab, S., Mejia, A., et Mitchell, S. R. (2010). “You don’t go tell white people nothing”: African American women’s perspectives on the influence of violence and race on depression and depression care. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1470–1476. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.161950>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Documents fondamentaux* (48e édition). Document disponible sur le site Internet : <http://www.who.int/governance/fr/>

- Orpana, H., Lemyre, L., et Gravel, R. (2009). *Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social* (Rapports sur la santé, No. 82-003-X200900110772). Document disponible sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009001/article/10772-fra.pdf>
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Park, P. (1993). What is participatory research? A theoretical and methodological perspective. Dans P. Park, M. Brydon-Miller, B. Hall, et T. Jackson (dir.), *Voices of change: Participatory research in the United States and Canada* (pp. 1–19). Toronto : OISE Press.
- Paul, K. I., et Moser, K. (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(4), 595–621. <http://doi.org/10.1348/096317905X70823>
- Pharris, M. D. (2012). Methodology unfolding. Dans C. P. Pavlish et M. D. Pharris (dir.), *Community-based collaborative action research: A nursing approach* (pp. 1–29). Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.
- Powers, W. R. (2005). *Transcription techniques for the spoken word*. Lanham, MD : AltaMira Press.
- Québec. (2017). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, RLRQ, chapitre L-7 (à jour au 1er mai 2017). Document disponible sur le site Internet : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/L-7>
- Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherche en Soins Infirmiers*, (67), 46–67. Document disponible dans la Banque de données en santé publique : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/241958/>
- Rabiee, F. (2006). Sustainability in local public health nutrition programmes: Beyond nutrition education, towards community collaboration. *Proceedings of the Nutrition Society*, 65(4), 418–428. <http://doi.org/10.1079/PNS2006517>
- Rahman, A. (2008). Some trends in the praxis of participatory action research. Dans P. Reason et H. Bradbury (dir.), *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed., pp. 49–62). London, England : SAGE Publications.
- Raphael, D. (dir.). (2009). *Social determinants of health: Canadian perspectives* (2nd ed.). Toronto, Canada : Canadian Scholars' Press.
- Raphael, D. (2011). *Poverty in Canada: Implications for health and quality of life*. Toronto, Canada : Canadian Scholars' Press.
- Redwood, Y. A. (2008). *“The numbers don't work for us”: An alternate model of fundamental causality from the perspectives of African Americans in urban Atlanta* (Doctoral dissertation). Document disponible dans ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 304583089)
- Redwood, Y., Schulz, A. J., Israel, B. A., Yoshihama, M., Wang, C. C., et Kreuter, M. (2010). Social, economic, and political processes that create built environment inequities: Perspectives from urban African Americans in Atlanta. *Family and Community Health*, 33(1), 53–67. <http://doi.org/10.1097/FCH.0b013e3181c4e2d4>
- Reid, C. J. (2002). *“We don't count, we're just not there”: Using feminist action research to explore the relationship between exclusion, poverty and women's health*

- (Doctoral dissertation). Document disponible dans ProQuest Dissertations and Theses Global database. (Accession No. 305469166)
- Reid, C., Tom, A., et Frisby, W. (2006). Finding the “action” in feminist participatory action research. *Action Research*, 4(3), 315–332.
<http://doi.org/10.1177/1476750306066804>
- Ribet, C., Melchior, M., Lang, T., Zins, M., Goldberg, M., et Leclerc, A. (2007). Caractérisation et mesure de la situation sociale dans les études épidémiologiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(4), 285–295.
<http://doi.org/10.1016/j.respe.2007.04.001>
- Sampson, N. R., Parker, E. A., Cheezum, R. R., Lewis, T. C., O'Toole, A., Patton, J., ... Keirns, C. C. (2013). A life course perspective on stress and health among caregivers of children with asthma in Detroit. *Family and Community Health*, 36(1), 51–62. <http://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31826d7620>
- Sapolsky, R. M. (2005). The influence of social hierarchy on primate health. *Science*, 308(5722), 648–652. <http://doi.org/10.1126/science.1106477>
- Sapolsky, R. M. (2015). Stress and the brain: individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1344–1346. <http://doi.org/10.1038/nn.4109>
- Seyle, H. (1978). *The stress of life* (rev. ed.). New York, NY : McGraw-Hill.
- Shuey, K. M., et Willson, A. E. (2014). Economic hardship in childhood and adult health trajectories: An alternative approach to investigating life-course processes. *Advances in Life Course Research*, 22, 49–61.
<http://doi.org/10.1016/j.alcr.2014.05.001>
- Snooks, H. A., Evans, B. A., Cohen, D., Nugent, M., Rapport, F., Skone, J., ... O'Sullivan, D. (2011). Costs and effects of a “healthy living” approach to community development in two deprived communities: findings from a mixed methods study. *BMC Public Health*, 11, 25. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-25>
- Solar, O., et Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Document disponible sur le site Internet de l'Organisation mondiale de la Santé :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Spencer, N., Tu, M. T., et Séguin, L. (2013). Low income/socio-economic status in early childhood and physical health in later childhood/adolescence: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 424–431. <http://doi.org/10.1007/s10995-012-1010-2>
- Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. (2001). *The health of Canadians : The federal role. Volume one : The story so far. Interim report on the state of health care system in Canada*. Document disponible sur le site Internet du Sénat du Canada : <https://sencanada.ca/fr/comites/>
- Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. (2009). *A healthy, productive Canada: A determinant of health approach. Final report of Senate Subcommittee on Population Health*. Document disponible sur le site Internet du Sénat du Canada : <https://sencanada.ca/fr/comites/>
- Statistique Canada. (2008). *Indicateurs de la santé* (No. 82-221-X). Site consulté le 4 mai 2017 : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/82-221-x2013001-fra.htm>

- Statistique Canada. (2013). *Profil de l'enquête nationale auprès des ménages* (Enquête nationale auprès des ménages de 2011, No. 99-004-XWF). Site consulté le 1er juin 2016 : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., ... Kivimäki, M. (2017). Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: A multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet*, 389(10075), 1229–1237. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
- Tarlov, A. R. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. Dans D. Blane, E. Brunner, et R. G. Wilkinson (dir.), *Health and social organization: Towards a health policy for the 21st century* (pp. 71–93). London, England : Routledge.
- Thein, K., Zaw, K. T., Teng, R.-E., Liang, C., et Julliard, K. (2009). Health needs in Brooklyn's Chinatown: A pilot assessment using rapid participatory appraisal. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(2), 378–394. <http://doi.org/10.1353/hpu.0.0140>
- Tjepkema, M., Wilkins, R., et Long, A. (2013). *Mortalité par cause selon la suffisance du revenu au Canada : une étude de suivi sur 16 ans* (Rapports sur la santé, No. 82-003-X201300711852). Document disponible sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2013007/article/11852-fra.pdf>
- Tost, H., Champagne, F. A., et Meyer-Lindenberg, A. (2015). Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nature Neuroscience*, 18(10), 4121–4131. <http://doi.org/10.1038/nn.4108>
- Townsend, P. (1993). *The international analysis of poverty*. New York, NY : Harvester Wheatsheaf.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., et Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102, 1009–1016. <http://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Van Parijs, P. (2000). *Basic income: A simple and powerful idea for the 21st century*. Document disponible sur le site Internet de Basic Income Earth Network : <http://basicincome.org/bien/pdf/2000VanParijs.pdf>
- Wallerstein, N., et Duran, B. (2008). The theoretical, historical, and practice roots of CBPR. Dans M. Minkler et N. Wallerstein (dir.), *Community-based participatory research for health: From process to outcomes* (pp. 25-46). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Wang, C. C., Yi, W. K., Tao, Z. W., et Carovano, K. (1998). Photovoice as a participatory health promotion strategy. *Health Promotion International*, 13(1), 75–86. <http://doi.org/10.1093/heapro/13.1.75>
- Wharf Higgins, J., Young, L., Cunningham, S., et Naylor, P.-J. (2006). Out of the mainstream: Low-income, lone mothers' life experiences and perspectives on heart health. *Health Promotion Practice*, 7(2), 221–233. <http://doi.org/10.1177/1524839905278883>
- Wiggins, N. (2011). Critical pedagogy and popular education: Towards a unity of theory and practice. *Studies in the Education of Adults*, 43(1), 34–49. <http://doi.org/10.1080/02660830.2011.11661602>

- Wiggins, N. (2012). Popular education for health promotion and community empowerment: A review of the literature. *Health Promotion International*, 27(3), 356–371. <http://doi.org/10.1093/heapro/dar046>
- Wiggins, N., Johnson, D., Avila, M., Farquhar, S. A., Michael, Y. L., Rios, T., et Lopez, A. (2009). Using popular education for community empowerment: Perspectives of community health workers in the Poder es Salud/Power for Health program. *Critical Public Health*, 19(1), 11–22. <http://doi.org/10.1080/09581590802375855>
- Wilkinson, R. G., et Pickett, K. (2011). *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*. New York, NY: Bloomsbury Press.
- Working Group on Inequalities in Health. (1980). *Inequalities in health. Report of a Research Working Group*. Document disponible sur le site Internet de Socialist Health Association : <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980>
- Yang, A., Xiong, D., Vang, E., et Pharris, M. D. (2009). Hmong American women living with diabetes. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 139–148. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01265.x>
- Young, L., et Wharf Higgins, J. (2010). Using participatory research to challenge the status quo for women's cardiovascular health. *Nursing Inquiry*, 17(4), 346–358. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00511.x>

Annexes

Annexe 1 Liste des mots-clés pour la recherche d'études participatives et qualitatives

Le tableau suivant présente les mots-clés utilisés pour la recherche des études participatives et qualitatives recensées au chapitre 2.

Concept	Mots-clés
Santé	health* OR wellness OR well-being OR ill*
Perception	perception* OR perceiv* OR perspective* OR meaning* OR belief* OR view* OR experience* OR explor*
Pauvreté	depriv* OR poverty OR poor OR impoverish* OR disadvantaged OR “social assistance” OR welfare OR socioeconomic* OR income OR underprivileged OR “working class*”
Recherche participative	“participatory research” OR “action research” OR “emancipatory research” OR “empowering research” OR photovoice

Note. Les concepts de santé et perception ont été cherchés à cinq mots l'un de l'autre.

Annexe 2 Résultats des études participatives et qualitatives recensées

Approche	Étude	Facteur ^b	Stratégie/Action ^c
Participative	Baker Collins, 2005; voir aussi Baker Collins, 2002	SOC : manque d'argent qui mène au manque de nourriture et à une mauvaise qualité de logement; importance des relations sociales de qualité PSY : stress dû au manque d'argent et au sentiment d'être sous constante surveillance (sentiment de culpabilité, de perdre sa dignité, de perdre sa liberté); estime de soi diminuée car sentiment de mépris par les autres STR : surveillance de l'assistance sociale	AC : résister contre les règlements injustes et la surveillance constante
	Reid, 2002; voir aussi Reid et coll., 2006	SOC : exclusion matérielle (privation matérielle et difficulté à payer les conditions matérielles; logement abordable et sécuritaire comme préoccupation; coûts et non accès à la garde d'enfants; transport abordable et accessible comme problématique) PSY : stress, dépression, faible estime de soi, colère : comme « marqueurs de honte » STR : exclusion culturelle (stéréotypées et invisibles); exclusion institutionnelle des systèmes d'assistance sociale, de soins de santé et de loisirs communautaires (pratiques et politiques qui prennent pour victime, discriminent et limitent l'accès aux ressources) Autre : la santé mentale influence la santé physique et vice-versa	ST : pour améliorer la qualité de la vie quotidienne : négocier le système d'assistance sociale (s'assurer de recevoir le service, obtenir de l'information), briser l'isolement social, lutter contre la dépression, répondre aux besoins des enfants
	Young et Wharf Higgins, 2010; voir aussi Wharf Higgins et coll., 2006	SOC : fardeau financier, pratiques sociales dégradantes, manque de soutien social PSY : stress STR : pratiques sociales institutionnalisées comme l'assistance sociale et la politique familiale; manque de ressources et de pouvoir pour faire des changements	ST : comportements nuisibles : cigarette et malbouffe pour s'ajuster au stress; programmes communautaires comme soutien tangible et d'appartenance
	Redwood, 2008; voir aussi Redwood et coll., 2010	SOC : piètres conditions du quartier et du logement, moins de lieux communautaires, liens sociaux brisés, diminution des relations sociales, diminution de la préoccupation pour les autres PSY : stress et désespoir, alcoolisme, idées suicidaires STR : indifférence par les personnes externes à la communauté en raison de leurs perceptions négatives de la communauté basées sur les biais de race ou de classe; désinvestissement, développement spéculatif, déplacement de la communauté hors du quartier	AC : pour gérer les dynamiques et conditions vécues : résister, s'organiser, chercher l'appui d'organisations, coopérer avec les institutions
	Yang et coll., 2009	SOC : changement de culture, difficultés économiques, barrières linguistiques, isolement et perte de la relation avec les enfants PSY : inquiétudes liées à la perte de son pays, sa culture, sa capacité à communiquer et sa raison d'être; lien entre dépression, inquiétudes, stress, isolement et diabète; sentiment d'être stupide; importance d'être reconnue, respectée et écoutée STR : culture matérialiste	

	Amaikwu-Rushing et coll., 2005; voir aussi Pharris, 2012	SOC : discrimination raciale, manque d'écoute et de compréhension, manque de ressources et de confiance : en particulier par rapport aux soins de santé PSY : stress et dépression STR : racisme	
	Farquhar et coll., 2005	SOC : manque d'assurance-maladie, de connaissances en lien avec le travail autonome ou la petite entreprise, d'emploi et de sécurité d'emploi; accroissement de la violence des gangs STR : utilisation répétée de la force meurtrière par la police contre les citoyens	
	Snooks et coll., 2011	SOC : crime, bagarre, vandalisme, comportements antisociaux; manque d'argent lié à l'emploi (les circonstances personnelles affectant l'importance des préoccupations financières), manque d'emploi et de sécurité d'emploi; trafic; ordures; manque d'infrastructures; problèmes sociaux liés aux propriétés malgré l'amélioration de la disponibilité des logements et du visuel des espaces publics	
Peu participative ^a	Chircop, 2010	SOC : manque de ressources financières pour négocier le lieu de résidence et le logement, la garde d'enfants, le transport et la nutrition : isolement résidentiel, stigma et préjudice; manque d'esthétisme du quartier, de possibilités pour les sports et l'éducation, d'emploi bien payé, de terrain de jeu, de transport et d'aliments abordables et de qualité STR : choix déterminés par les politiques sociales, urbaines et commerciales	ST : négociation pour les enfants et pour améliorer les circonstances matérielles : créativité et soutien social
	Bermúdez-Millán et coll., 2011	SOC (causes du stress) : revenu insuffisant, manque de soutien social et financier, chômage; système d'éducation déficient en termes de qualité, ressources, sécurité; insécurité alimentaire depuis l'enfance; insécurité de l'environnement physique PSY : stress comme ensemble d'émotions (sentiment négatif, difficulté à se concentrer ou à manger, perte d'espoir)	
	Doornbos et coll., 2013	SOC (contribuant à la dépression et à l'anxiété) : économiques (chômage, factures et dépenses comme important stressor); culturels (discrimination, séparation de la famille vivant dans un autre pays); du quartier (déclin général, insécurité); familiaux (rôle marital et violence domestique, parent unique, problèmes de comportements des enfants, stress de prendre soin, décès des membres de la famille par meurtre ou autre raison) PSY : stress	
	Kaplan et coll., 2013	SOC : (stress de) problèmes financiers, logement, problèmes de santé des membres de la famille, conflits familiaux, préoccupation pour la santé et la sécurité des enfants, conditions de travail; problèmes de l'entourage et filet de sécurité déchiré; isolement social, manque ou accès au soutien social qui influence les comportements de santé; stigma (rencontres humiliantes avec les institutions) PSY : stress causant directement la maladie ou indirectement par des comportements nuisibles; sentiment de dévaluation et d'iniquité	ST : comportements nuisibles : alimentation incontrôlée, manque de sommeil, abus de substances, tabagisme, violence et agression, retrait et inactivité; façons constructives de s'ajuster au stress : loisirs et activités physiques

	Thein et coll., 2009	SOC : environnement physique (foule et congestion, saleté des rues, insécurité liée au cambriolage et au vol; manque de clubs sociaux, de lieux pour danser et de centres de loisirs ou de conditionnement pour réduire le stress); environnement socioéconomique à l'origine des problèmes de santé physique et mental (faible revenu, difficultés financières, chômage, concurrence commerciale, stress lié au travail, crime; manque de soutien social; piètres conditions de travail, incluant longues heures de travail, faibles salaires, piètre environnement, absence de sécurité d'emploi, manque d'assurance-maladie, manque de connaissance sur les lois du travail, discrimination, barrières linguistiques) PSY : stress Autre : parler d'un problème le concrétise	ST : religion pour surmonter les problèmes, pour avoir espoir ou confiance de maintenir la santé
	Nicolaidis et coll., 2010	SOC : cycles de violence, dépression et consommation PSY : les expériences de violence nuisent à la santé physique et mentale, ont un effet durable sur la vie, l'image de soi, les choix et les comportements	ST : comportements nuisibles : consommation de drogues ou d'alcool comme automédication exacerbant les problèmes de dépression et de violence
	Sampson et coll., 2013	SOC : instabilité économique; prendre soin de leur enfant avec asthme (stresseurs chroniques du diagnostic à la gestion quotidienne et à la planification du futur); circonstances stressantes liées aux interactions avec les professionnels et professionnelles de la santé (peur des hôpitaux, expériences de discrimination); manque de soutien pour prendre soin de leur enfant PSY : stress, détresse; sentiment d'impuissance, de désespoir, de manque de contrôle Autre : la santé physique affecte la santé émotionnelle	ST : pour compenser les effets des conditions stressantes : rire, méditer, prier, gérer le temps, prendre conscience des réactions émotives, chercher le soutien d'autres aidantes ou aidants
	Rabiee, 2006	SOC : piètres conditions du logement, manque d'infrastructure pour les loisirs et de terrain de jeu; bruit par les jeunes, drogues; difficulté de s'ajuster aux enfants, liée aux conditions de logement et à leurs propres expériences dans l'enfance; mauvaise relation avec les professionnels et professionnelles de la santé PSY : inquiétude d'offre de drogues à leurs enfants STR : politique de logement à court terme limitant la possibilité de créer des liens sociaux	
Qualitative	Mayer et Hamel, 1996	SOC : conditions de travail, chômage; pauvreté, insécurité économique, situation précaire; rythme de vie; circularité des causes (la situation rend malade et la maladie et ses coûts appauvrit) PSY : échecs, frustrations STR : organisation et législation du travail, organisation de l'assistance sociale Autre : certaines causes affectent tant le psychique que le physique : les causes affectant d'abord le psychique, affectent ensuite le physique	

McAll et coll., 2012	SOC (à l'origine ou aggravant) : mauvaises expériences de travail, conditions de travail, conditions de logement et rapports avec les propriétaires, rapports à l'aide sociale (ressources insuffisantes), pauvreté, stigmatisation, violence ou abus à l'enfance ou l'adolescence et plus tard PSY : stress de la pauvreté, des conditions de logement et des rapports avec les propriétaires; (stigmatisation qui) entraîne la honte et affecte l'estime de soi; incertitude liée au statut et aux droits (dans les rapports à l'aide sociale) Autre : génétique	ST : regard positif sur soi, accueil positif par les autres
Raphael, 2011	SOC : privation matérielle et sociale (incapacité à répondre aux besoins de base et à participer aux activités quotidiennes); stigma, attitudes de jugement et de dévaluation par les autres. Aussi : pauvreté, vie précaire, budgéter; logement, insécurité alimentaire; emploi peu payé, manque de sécurité et piètres conditions; accès à l'assistance sociale; élever les enfants dans la pauvreté, manque de garde d'enfants et d'autres moyens pour le développement des enfants; manque de possibilités de loisirs; exclusion sociale, isolement social; difficultés à maintenir les relations familiales, problèmes avec l'amitié PSY : stress, inquiétude. Aussi : émotions négatives (sentiment d'être jugé ou dévalué, coupable, isolé, dépendant), colère et frustration; épuisement, dépression et désespoir, pensées suicidaires; estime de soi mise au défi, manque d'estime de soi, perception d'une apparence pauvre projetée chez les autres STR et autre : facteurs personnels et sociétaux (bureaucratie et règles, changements et règles de l'assistance sociale qui contrôlent et punissent) qui mènent à la pauvreté et qui influencent les expériences liées à la pauvreté	ST : pour s'en sortir, maintenir le contrôle, survivre dans l'adversité (balancer les priorités, tirer le meilleur, utiliser la connaissance dans l'autogestion du diabète)
Baranowski, 1999	SOC (influençant la santé et les habitudes de vie) (fréquence dans les discussions) : interactions négatives (49), problèmes financiers (42), accès au système de soins de santé (assurance-santé pour les enfants et elles-mêmes) (41), coûts pour la garde d'enfants (24), connaissances insuffisantes (17) problèmes relationnels (8), problèmes parentaux (7), méfiance/isolation sociale (7), conflit de rôle (4), transport (3) PSY : stress (17), colère (15), faible image de soi (11), désespoir/regret (11) Autre : problèmes de santé chroniques (6)	ST : se fâcher ou ne pas répondre aux interactions négatives; comportements de santé : le tabagisme comme moyen pour gérer le stress

Note. SOC = social, PSY = psychosocial, STR = structurel, ST = stratégie, AC = action.

^a Étude qui suggérerait une approche de recherche participative ou qui utilisait des méthodes associées, mais où la participation des personnes était limitée.

^b Facteur influençant négativement la santé.

^c Stratégie ou action de la vie quotidienne, en lien avec les facteurs identifiés, les stratégies étant ce qui est fait pour s'ajuster à la situation sociale vécue, sans transformer celle-ci, et les actions étant ce qui est fait pour résister ou se mobiliser, en vue de transformer la situation sociale vécue.

Annexe 3 Participation des adultes ayant un faible revenu dans les études participatives recensées

Étude	Participation
Baker Collins, 2005; voir aussi Baker Collins, 2002	<p>RE - Déterminer l'ordre du jour et poursuivre les rencontres - Présenter les résultats préliminaires aux membres de l'organisme partenaire - Réviser et présenter le rapport de recherche à un comité pour la réforme du système de l'assistance sociale</p> <p>AC Collective, après l'étude : - Au sein de l'organisme partenaire : suggestions à l'exécutif pour favoriser le soutien social, élections comme membre de l'exécutif, réviser les suggestions des membres, organiser des activités sociales, créer davantage d'autonomie pour l'organisme partenaire - Réviser et présenter le rapport de recherche à un comité pour la réforme du système de l'assistance sociale</p> <p>ED - Apprécier les rencontres, apprendre que la personne n'est pas seule dans sa situation, désirer poursuivre les rencontres</p>
Reid, 2002; voir aussi Reid et coll., 2006	<p>AC Individuelle, pendant l'étude : - Joindre d'autres organismes communautaires, retourner à l'école, débiter une formation à l'emploi Collective, pendant l'étude : - Promouvoir et collecter des fonds pour l'organisme partenaire, rédiger un guide de ressources, organiser des activités de loisirs, coordonner un atelier de gestion du stress - Autres objectifs difficiles à réaliser : enregistrer l'organisme partenaire et organiser un atelier de plaintes sur l'assistance sociale Collective, après l'étude : - Négocier un cours pour les femmes, assister à un congrès contre la pauvreté, siéger au conseil d'administration d'une coopérative d'habitation, contester les coupures dans l'assistance sociale, appuyer l'amélioration du transport vers les centres communautaires</p> <p>ED Partage et pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) : - Se rencontrer, discuter de problèmes communs, apprendre que la personne n'est pas seule, développer un sentiment d'inclusion et d'appartenance - Réaliser et critiquer son oppression par les institutions, organisations et individus - Apprendre à résoudre ses problèmes et ceux des autres - Générer énergie et enthousiasme pour agir ensemble Barrières systémiques et impuissance : - Discussions très émotionnelles - Rencontres frustrantes, car sentiment que peu est accompli - Besoin d'expertise et d'aide externes, car sentiment d'impuissance - Risque lié à l'implication dans un atelier de plaintes sur l'assistance sociale, alors que les personnes bénéficient de cette assistance</p>
Young et Wharf Higgins, 2010	<p>RE - Analyser les données - Réviser les manuscrits, affiches et autres</p>
Redwood, 2008; voir aussi Redwood et coll., 2010	<p>RE - Présenter les résultats</p> <p>AC Collective, après l'étude : - Développer et mettre en oeuvre une campagne pour modifier les politiques locales et sensibiliser la communauté sur l'environnement bâti - Processus pour s'approprier et gérer cette campagne</p>

Yang et coll., 2009	RE	- Planifier des actions
	ED	- Réfléchir sur ses expériences personnelles et envisager une façon de poursuivre sa vie - Comprendre la place du diabète dans sa vie - Relever le besoin du dialogue en groupe pour trouver des moyens pour améliorer sa santé Réflexion personnelle : - Saisir le besoin de prendre soin de soi - Comprendre l'importance de parler avec les autres et d'exprimer ses désirs et besoins aux professionnels et professionnelles de la santé
Amaikwu- Rushing et coll., 2005; voir aussi Pharris, 2012	RE	- Présenter les résultats Membres de la communauté formés : collecter les données et faciliter les groupes et entrevues Membres du comité consultatif : analyser les données
	AC	Après l'étude, membres du comité consultatif : organiser des forums pour gérer et non internaliser le racisme, produire un guide et des DVD des résultats pour présenter et discuter avec la communauté
Farquhar et coll., 2005; voir aussi Wiggins et coll., 2009	RE	TSC : faciliter les rencontres
	AC	Collective, pendant l'étude, avec les TSC : - Organiser et enregistrer un conseil d'administration en vue de créer une coopérative pour fournir aux membres une assurance-maladie, des prêts aux petites entreprises et des opportunités d'emploi - Développer un système de réseautage de personnes cherchant ou offrant un emploi - Mobiliser pour demander des changements au département de police - Organiser un comité de sécurité publique, une foire de santé communautaire, un groupe de soutien et d'information en diabète, un club d'aide aux devoirs, un projet de photovoix ayant mené à une campagne de nettoyage autour de complexes d'habitation
	ED	Selon les TSC : - Compréhension commune de l'éducation populaire : égalité et confiance pour s'exprimer et travailler ensemble - Changements pour les TSC : augmentation de leur implication et désir de s'impliquer dans leur communauté, augmentation de leur sentiment de potentiel personnel - Changements dans leurs communautés : augmentation de la participation aux événements et rencontres communautaires, du <i>leadership</i> en termes de qualité et quantité (développement et mise en pratique des habiletés de <i>leadership</i>) et du sentiment de solidarité communautaire (soutien social et sentiment communautaire)
Snooks et coll., 2011	RE	Participants et participantes formées davantage impliquées que les participants et participantes non formées : - Rédiger et présenter des plans d'actions locales Participantes et participantes formées : réaliser les entrevues, analyser les données
	AC	Collective, pendant l'étude, participants et participantes formées davantage impliquées que les participants et participantes non formées : - Rédiger et présenter des plans d'actions locales (un des plans adopté par un programme gouvernemental)
	ED	- Sentiment de force collective - Sentiment de pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) et d'optimisme par rapport au processus de planification d'actions et aux plans d'actions locales entendus par les autorités - Confiance accrue à participer aux réunions conjointes Selon les participants et participantes formées : prendre conscience de la complexité de leur communauté, plus grande confiance résultant des compétences développées, nouvel emploi ou siéger dans des comités locaux

Note. TSC = travailleurs et travailleuses en santé communautaire, RE = recherche, AC = action, ED = éducation.

Annexe 4 Extrait du prospectus pour le recrutement des participants et participantes

Qu'est-ce qui m'empêche d'être en santé ?
Comment agir sur ces obstacles ?



Venez en discuter et agir en groupe !

Dans le cadre d'un projet de recherche

Note. Les renseignements permettant d'identifier les personnes ou organismes impliqués ont été supprimés.

Annexe 5 Liste des codes et groupes relatifs aux facteurs nuisant à la santé des participants et participantes

La liste suivante présente les codes et groupes répondant à la question « ce qui nuit à la santé » des participants et participantes. Elle illustre la codification et l'organisation des données pour cette question.

Note

Chaque code correspond à ce qui a été exprimé par chaque personne comme nuisant à sa santé. Chaque code correspond à une phrase ou un paragraphe (une citation) d'une transcription et chaque citation peut correspondre à plus d'un code.

Chaque code a été groupé dans un sous-groupe, lui-même groupé dans un sous-groupe de niveau supérieur et ainsi de suite, selon une hiérarchie de sous-groupes. Les tableaux suivants présentent cette hiérarchie de sous-groupes et de codes.

Pour chaque code, la fréquence et le numéro de personne sont indiqués. La fréquence est le nombre total de citations correspondant au code. Le numéro de personne est le numéro d'identification de la personne ayant exprimé au moins une citation correspondant au code.

Bien que l'importance qualitative des codes ne soit pas indiquée dans les tableaux, les codes ayant une fréquence élevée (18 et plus) correspondent à des problématiques importantes exprimées par les personnes.

Ce qui nuit à la santé

Plusieurs codes identifient les facteurs nuisant à la santé des personnes. De manière secondaire, quelques codes identifient la quantité ou les liens entre ces facteurs.

Type de facteurs

Les principaux facteurs nuisant à la santé des personnes sont des facteurs personnels. Les autres facteurs sont des facteurs externes qui correspondent davantage à une explication générale qu'à une expérience personnelle de ce qui nuit à la santé.

Facteurs personnels. Les facteurs personnels comprennent des facteurs en lien avec la vie quotidienne ou avec l'enfance. Parmi les facteurs en lien avec la vie quotidienne, les facteurs psychosociaux (généraux) sont relatifs à la vie générale de la personne ou à plusieurs domaines de sa vie et ne sont pas relatifs à un domaine spécifique de sa vie. Les facteurs psychosociaux relatifs à un domaine spécifique de la vie de la personne ont été groupés dans le sous-groupe correspondant au domaine spécifique de la vie.

Sous-groupe A	Sous-groupe B	Sous-groupe C
Personnel	Vie quotidienne	Psychosocial (général)
		Relations sociales
		Marché du travail
		Argent
		Maladie
		Traitement médical
		Services de santé et sociaux
	Enfance	Relations sociales

La vie quotidienne : les facteurs psychosociaux (généraux)

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne
Dissonance entre la situation et l'idéal	Situation	Écart entre la situation actuelle et la situation passée ou idéale	25	1, 2, 3, 4, 7, 9
		Conscience de sa situation	9	3, 7
	Soi	Remise en question par rapport à son utilité et ses compétences	3	1, 7
		Faible estime de soi	23	1, 2, 3, 7, 9
Manque de contrôle		Ne pas pouvoir résoudre ses problèmes, impuissance	15	1, 2, 3, 7, 8
		Ne pas avoir le contrôle sur sa vie	7	3, 4, 7
		Roue sans fin	6	1
		Trop plein	5	1, 2, 8
Stress, état et émotion négative	Tristesse, déprime et dépression	Tristesse par rapport à sa vie et ses relations	14	1, 3, 5, 7
		Dépression	2	1, 2
		Déprime	1	3
	Stress, anxiété et panique	Anxiété et panique	8	2, 3
		Stress chronique	3	1, 3, 4
	Peur	Peur de la vie et des relations	3	3, 4
		Peur qui empêche d'avancer	4	2, 3
Effets psychosomatiques		Effets psychosomatiques	7	2, 3, 4, 7
		Insomnie	1	8
Autre		Sentiment de culpabilité	8	3, 7

La vie quotidienne : les relations sociales

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne		
Psychosocial (sous-général)	Sentiment d'être pris	Ne pas pouvoir s'exprimer	24	1, 2, 3, 4, 5, 7		
		Ne pas pouvoir exprimer sa colère	6	3		
		Ne pas pouvoir être soi-même avec sa différence	18	1, 2, 3, 7		
		Roue sans fin des relations difficiles et de l'isolement	2	1, 4		
	Évaluation négative	Remise en question liée à ses interactions	9	2, 3, 4, 5, 7		
		Faible estime de soi par le regard des autres	9	1, 3, 7		
	Stress	Stress dû aux interactions	7	4, 7		
Les autres	Social	Manque d'ouverture à la différence, jugement et rejet	18	1, 2, 3, 4, 7, 9		
		Manque d'ouverture et méconnaissance de la maladie mentale	30	1, 2, 3, 7		
		Manque de reconnaissance de la maladie mentale	3	1, 7		
		Manque d'acceptation de la position sociale	5	2, 3, 7, 9		
		Manque d'acceptation de la position sociale et discrimination	11	7		
		Manque d'entraide et de camaraderie, indifférence	11	3, 7, 9		
		Manque de disponibilité	2	5		
		Violence psychologique	13	3, 7		
		Psychosocial	Difficile d'être avec les autres	24	1, 2, 3, 4, 7	
			Réactivation d'émotions de l'enfance	16	3, 7	
	Perception parfois erronée		5	1, 2, 3, 4, 7		
	Peur du rejet		5	2, 3		
	Sentiment de rejet		3	1, 7		
	Remise en question par rapport à sa maladie mentale		3	1, 7		
	Inquiétude pour les autres		2	4, 8		
	La famille		Social	Manque d'entraide, indifférence	14	3, 5, 7
				Manque de compréhension et rejet	8	3, 7
				Violence psychologique	7	3, 5, 7
		Psychosocial		Écart entre la valeur familiale et la situation familiale	6	3, 7
			Réactivation d'émotions de l'enfance	2	7	
Inquiétude pour un proche			6	8		
Souffrance de perdre un proche			9	4, 8		
Angoisse de possiblement perdre un proche		3	5			
Les partenaires	Social	Contrôle et non accès aux enfants	8	4		
		Violence psychologique	6	4, 5		
		Violence psychologique et absence qui rappellent le passé	3	5		
Les collègues	Social	Violence psychologique	8	3, 7		
		Jugement et rejet	2	2, 3, 7		
	Psychosocial	Réactivation de blessures liées à la famille	1	7		
Seul ou seule	Social	Isolement	12	1, 3, 4, 5		
	Psychosocial	Remise en question continue	5	4, 5		

La vie quotidienne : le marché du travail

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne
Hors du marché	Social	Exclusion du marché du travail	24	1, 2, 3, 4, 7, 9
	Psychosocial	Peur et manque de confiance en soi (en lien avec le retour sur le marché du travail)	3	1, 2
		Sentiment de rejet	2	4, 7
Sur le marché	Social	Pression au travail	12	2, 3, 5, 7, 9
		Abus du patron (harcèlement, exploitation, surveillance, corruption)	6	2, 3
		Compétition entre collègues	5	3, 7
		Lésions physiques	1	8
	Psychosocial	Rythme et nature du travail ne correspondant pas à soi	24	2, 3, 7
		Stress et anxiété	8	2, 3, 7

La vie quotidienne : l'argent

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne
	Social	Manque d'argent	4	1, 2, 3, 7
		Plus de choix (« survie »)	8	1, 2, 3, 7
		Difficulté à joindre les bouts	5	3
		Difficulté d'accès : à l'alimentation		
		adaptée au problème de santé,	7	3, 7
		aux activités sociales,	2	1, 2
		au service de psychologue,	2	3
		au logement,	1	1
		au transport	1	3
	Psychosocial	Stress, anxiété et panique	7	1, 2, 3, 7
	Comportement	Saines habitudes deviennent secondaires	2	1

La vie quotidienne : la maladie

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne
Maladie mentale		Maladie mentale ou situation sociale (« poule ou oeuf »)	2	1, 3
	Effet	Période d'énergie ou de déprime	16	1, 2, 3, 7
		Problème important dans le passé	10	1, 2, 3, 7
	Origine	Génétique	7	2, 3, 7
		Biologique (neurologie, biochimie)	2	3
Maladie physique		Maladie physique	1	5
	Alimentation	Rigidité de l'alimentation adaptée au problème de santé	7	3, 7, 9
	Conséquence	Empêche d'atteindre ou de maintenir un idéal	5	4, 9
	Effet	Paralysie	4	9
		Problème intestinal, rénal, cardiaque	3	3, 7, 9
		Fatigue	2	3, 7
		Perte de mémoire	2	4
		Insomnie	1	4
	Origine	Génétique	3	5

La vie quotidienne : le traitement médical

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne
Médicament		Effets secondaires	13	2, 3, 7
		Effets liés au manque de suivi médical	13	3, 9
		Effets liés à la dépendance	5	2, 4, 7
Médicament et autre		Aide et nuit	6	2, 3, 5, 9

La vie quotidienne : les services de santé et sociaux

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne
Services de santé	Délai	Délai : du diagnostic de maladie mentale, de l'aide financière associée	7	2, 7
			1	3
	Absurdité	Situation absurde qui limite l'accès	8	1, 3, 4
		Diagnostic de maladie mentale parfois basé sur une généralité	3	2, 3
	Lacune	Manque de solution au problème de santé	4	4, 7
		Manque d'accès au service de psychologue	2	3
Services sociaux	Délai	Délai de l'aide financière	1	9

L'enfance : les relations sociales

Sous-groupe D	Sous-groupe E	Code	Fréquence	# Personne
Général	Psychosocial	Souffrance qui marque à vie	14	4, 5, 7
		Fonctionnement social différent	12	7
Rejet et abandon	Social	Rejet et abandon	5	2, 4, 5, 7
	Psychosocial	Sentiment de rejet	1	5
Absence parentale	Manque parental	Manque d'affection parentale	7	2, 3, 5, 7
		Manque de valorisation parentale	1	2
		Manque de confiance parentale	1	7
	Psychosocial	Faible estime de soi	15	1, 2, 3, 7
		Identité troublée	4	1, 2, 3, 7
	Conséquence	Se surpasser jusqu'à s'épuiser	25	1, 2, 3, 7
		Se donner jusqu'à s'oublier	22	1, 2, 3, 7
		Chercher la validation	4	7
Exigences parentales	Social et psychosocial	Devoir faire ou être selon un standard et sentiment de ne pas être à la hauteur	11	1, 2, 3, 7
	Psychosocial	Sentiment de non-existence	1	7
Violence psychologique	Social	Maltraitance ou oppression due au fait de ne pas répondre aux exigences parentales	8	3, 7
		Violence psychologique et dévalorisation parentale	4	5
	Psychosocial	Manque de confiance en soi	2	5
Violence physique	Social	Se faire battre	8	4, 5, 9
		Se faire enfermer	1	9
	Psychosocial	Sentiment de vouloir tuer ses parents	1	4
Abus sexuels	Social et psychosocial	Abus sexuels et identité troublée	4	7
Incompétence parentale	Social	Éducation parentale incompétente	2	7
		Apprendre à prendre son trou	5	7
Secret familial	Social et psychosocial	Origine autochtone cachée et identité troublée	11	2, 5, 7
		Maladie mentale cachée qui amène à se cacher	3	2, 3
		Origine biologique inconnue et identité troublée	1	4

Facteurs externes

Sous-groupe A	Sous-groupe B	Sous-groupe C
Externe	Société	Politiques sociales et d'emploi
		Pratiques institutionnelles
		Culture sociale et institutionnelle
	Environnement	Pollution
		Produits chimiques

La société

Sous-groupe C	Sous-groupe D	Code	Fréquence	# Personne
Politiques sociales et d'emploi		Politiques inadaptées	11	1, 3, 7
Pratiques institutionnelles	Situation autochtone	Droits brimés	14	9
		Peuple non reconnu	2	7
		Peuple opprimé	2	7, 9
	Pouvoir	Domination : générale, du clergé	6	3, 7
			3	3, 9
		Autoprotection	7	4, 9
		Capitalisme	2	3, 9
		Injustice et corruption dans le monde	2	3, 8
Culture sociale et institutionnelle	Normes	Normalisation	9	7
		Pensée dominante (« <i>mainstream</i> »)	3	3, 7
		Pensée de droite (en politique)	3	7
		Pensée religieuse	2	2, 3
	Inaction	Inaction générale	2	3, 8

L'environnement

Sous-groupe C	Code	Fréquence	# Personne
Pollution	Pollution générale	5	7, 8
	Fumée de cigarette	2	8
Produits chimiques	Cancérigène	2	3, 9

Complexité de facteurs

En plus des codes identifiant les facteurs nuisant à la santé des personnes, quelques codes identifient la quantité ou les liens entre ces facteurs. Les personnes ont dit qu'il y a de multiples problèmes ou un petit problème nuisant à leur santé et que tout est relié.

Sous-groupe A	Code	Fréquence	# Personne
Quantité	Multiples problèmes	13	1, 2, 3, 4
	Petit problème	2	8
Liens	Tout est relié	2	4

Annexe 6 Citations du code « Écart entre la situation actuelle et la situation passée ou idéale »

Les citations suivantes (n = 25) correspondent au code « Écart entre la situation actuelle et la situation passée ou idéale », ce code étant classé comme facteur psychosocial (général) nuisant à la santé des participants et participantes (voir l'annexe 5). Ces citations appuient le thème central de ce qui nuit à la santé des participants et participantes, soit la dissonance entre la situation actuelle perçue et l'idéal de situation conçu tôt dans la vie.

Note

Les citations sont tirées des transcriptions intégrales pour lesquelles les règles générales suivantes ont été suivies (Centre for Oral History and Digital Storytelling, 2013; Powers, 2005) :

- (a) la virgule indique une pause légère;
- (b) les points de suspension indiquent une hésitation ou une phrase interrompue;
- (c) le soulignement indique un mot dit avec emphase;
li>
- (d) la majuscule indique un mot dit fortement;
- (e) les accolades indiquent des discours qui se chevauchent.

« Écart entre la situation actuelle et la situation passée ou idéale »

PC_4 : J'm'isole. J'm'isole la plupart du temps, c'est pas bon, les gens disent que c'est pas bon. Mais, j'me suis fait' tellement d'amis, avec les années, mais j'les ai tout' perdus parce que, quand on a la [maladie physique], on peut pas vivre une vie, comme tout l'monde, on peut pas faire des activités. Ces gens-là peuvent compter sur nous autres pour, sortir, pour, j'sais pas moi, aller au cinéma ou... Mais moi j'peux jamais, fait que mes amis là, j'les perds. Fait que c'qui est arrivé, c'est qu'avec le temps, j'me suis fait' une raison. Pis, la solitude, [pause] mon isolement, ben, c'est mon meilleur ami. Parce que lui, y m'déçoit jamais. J'suis jamais déçu avec. (transcription 1, page 5, lignes 273-279)

PC_3 : On est en-dessous du dessous du seuil de la pauvreté, c'est ça ?

PC_2 : [rire] Mets-en pas trop là ! (PC_3 : ah, moi je l'dis ça...) Sous l'seuil ça v... c'est... [rire]

PC_7 : Parce que faudrait pas trop repartir abattu. [rire] [PC_5 rit] Juste pour ça ! [rire]

PC_3 : Non non mais moi j'aime ça, c'est ma formule le fun ça pour dire que ben non mais y faudrait qu'on dise à quel point c'est en-dessous du dess... Le dessous du dessous du seuil de la pauvreté.

PC_4 : Ouais mais... on es-tu obligé nécessairement de [pause] [PC_8 rit] (PC_3 : oui !) pointer là-dessus ?

PC_3 : Non, pas tout suite.

PC_4 : Parce qu'on l'sait !

PC_2 : {Direct dans l'coco !} [rire]

PC_3 : {Un autre fois,} un autre tantôt si vous voulez. (PC_4 : ok ! [rire] {Si ça peut t'faire...}) {Mais tant qu'à moi,} ça, ça fait partie des obstacles à la santé (PC_4 : quant à moi !) pas à peu près.

PC_7 : Ah ben oui, oui oui, c'est sûr. Oui oui oui. (PC_2 : ah oui)

PC_3 : T'sais pour moi c'est un des gros sujets qu'on devrait peut-être... pas aujourd'hui parce qu'on s'mettra pas à parler d'argent aujourd'hui... (transcription 3, page 3, lignes 149-161)

PC_2 : C'est l'côté social hein qui vient peut-être nuire aussi à notre s...

PC_3 : Ben... Y a celui-là pis aussi les finances, mais si vous voulez pas qu'on parle des finances {on en parlera pas.}

PC_2 : {Ah moi j'mettais ça ensemble} t'sais. {J'parle pour moi là.} (PC_4 : {moi c'est drôle hein...}) J'suis moins portée à faire de sortie ou à rencontrer des gens justement qui avaient disons le même standing social que moi. (PC_3 : ben, c'est sûr) (PC_7 : mm) Moi j'ai comme fait... j'ai mis une barrière entre moi et mes anciens amis, (PC_3 : effectivement) quand j'suis tombée. Pis c'est moi qui les a tassés, parce que j'étais pas bien. J'étais p'us bien dans ma peau, avec eux. (PC_3 : uh) C'était toutes des travailleuses... professionnelles disons, {puis...}

PC_1 : {Par rapport} à la différence... {de revenus ?}

PC_2 : {Oui, t'sais,} dans les soupers, (PC_5 : mm) t'sais qu'on s'faisait dans l'temps, {les sorties, t'sais là...} (PC_3 : {la différence des discussions, le...}) (transcription 3, page 4, lignes 165-176)

PC_1 : {Tu peux pas apporter des trucs,} tu peux pas aller au restaurant, [2 mots inaudibles]

PC_3 : {Mais non. Tu peux pas... tu peux p'us...}

PC_2 : {Ben c'est ça, t'es toujours limité par les sous,} t'sais ah j'suis cassée, {j'ai pas grand chose, t'sais j's...} (transcription 3, page 4, lignes 177-180)

PC_7 : {Ah, moi c'est une vie antérieure là.} (PC_4 : mm, ah oui) C'est une vie antérieure ça là là.

PC_3 : {Quoi ? la vie sociale avec des moyens ? c'est t'une ancienne vie ? Ben...}

PC_2 : {C'est ça. Exact. Anciennement là, c'est une vie antérieure,} [en riant] j'trouve ! mais c'est ça pour l'instant. (transcription 3, page 4, lignes 181-184)

PC_7 : Pis c'est pas juste une question d'sous, c'est une question qu'on vit pas les mêmes affaires pantoute. (PC_2 : ben non !) Pis des fois même c'est... (PC_2 : on a p'us {les mêmes sujets d'conv...}) {des fois j'suis choquée,} par le fait qu'eux

autres, y roulent. Y ont pas l'temps d'réfléch... je l'comprends t'sais, y ont pas l'temps de réfléchir sur ci, sur ça. Bon, y consomment... y ont d'l'argent, y consomment. Y faisaient comme moi j'faisais quand j'avais d'l'argent, mais j'les regarde aller [en chuchotant] pis des fois y a des affaires qui m'choquent t'sais, parce que j'trouve qu'y a du gaspillage ou t'sais c'est comme, c'est pas grave là t'sais c'est... (transcription 3, page 4, lignes 185-191)

PC_3 : Et ça, le point, ben c'est parce que j'ai été malade là, j'ai jamais voulu qu'ça m'arrive moi ça, j'ai jamais souhaité ça, j'suis un professionnel... (PC_4 : mm) jusqu'à temps que j'me tape un... [pause] un épisode vraiment grave de maladie. Ça fait 15 ans. Puis depuis c'temps-là, j'ai recommencé à travailler mais, la vie a jamais été la même là. (transcription 3, page 6, lignes 278-282)

PC_1 : mais oui, quand j'étais enseignante, l'enjeu était ben plus grand que quand j'fais du bénévolat ou... Tu comprends ? si on m'met dehors à cause du bénévolat, j... ben, j'perds pas tout', de toute façon, j'ai à peu près tout perdu mais... [PC_3 rit] À c'moment-là en tout cas, j'perdais beaucoup, pis peut-être c'était beaucoup mon ego aussi, je l'sais pas mais... (transcription 3, page 11, lignes 598-602)

PC_1 : Mais tu parlais... confiance en soi, estime de soi... C'est certain que quand je redeviens quelqu'un d'actif, [pause] est-ce que c'est... est-ce que c'est vrai ou non c'que j'ressens mais... c'est certain que je me sens mieux vis-à-vis des gens autour de moi. Parce que quand les gens m'dit, pis ! quoi d'neuf ? pis (PC_3 : ah !) j'fais absolument rien chez moi, [pause] c'est difficil... fait que là ça fini que je vois p'us personne. Tandis que là, quand j'suis plus active, j'm'implique, tout ça, quand les gens m'disent, quoi d'neuf ? ben j'suis dans un projet, on fait ci, on fait ça, j'me sens mieux. C'est pas juste face aux autres, moi aussi, j'trouve ça b... agréable, de dire ben j'ai fait' ci aujourd'hui, ou j'ai... (PC_3 : mm) j'sens que j'ai été... (transcription 3, page 15, lignes 783-790)

PC_3 : Ben, des exemples, (CW : mm-hmm, mm-hmm) c'est-à-dire que moi quand j'me mets à réfléchir sur ma v... réalité, la réelle réalité du dessous, du dessous du seuil là ! [rire] (CW : mm-hmm, ok [trois mots inaudibles]) Si vous m'permettez toutes mes... Moi j'viens down. C'est sûr que ma situation, concrète, y a rien de joyeux là-dedans ben ben. Malade... pauvre... défavorisé, seul... pas d'amitié... franchement, c'est down, ça. C'est très très down. Alors donc, pour moi, le regard sombre que j'ai parfois, c'est le regard le plus réaliste. (CW : mm-hmm) (transcription 3, pages 20-21, lignes 1090-1095)

PC_1 : Je le sais très bien, mais des fois c'est difficile quand j'regarde ma vie, (PC_7 : ouais ouais) de ne pas m'traiter de paresseuse, même si à d'autres moments j'me regarde pis j'me dis, mais comment je fais pour passer à travers ça, ça demande, énormément de volonté et de force, je trouve aussi. Fait que c'est souvent paradoxal, c'qui s'passe en-dedans de moi. C'est souvent... [dit comme à contre-

coeur ou avec une certaine hésitation] [référence à une problématique de santé mentale] ! (transcription 5, page 22, lignes 1172-1176)

PC_1 : C'est ça, c'est difficile quand t'es, sous, sous l'seuil d'la pauvreté. T'as encore moi d'estime de toi parce que t'es p'us dans l'action, fait que là tu t'questionnes, est-ce que j'ai suffisamment d'compétences ? (transcription 3, page 23, lignes 1249-1251)

PC_1 : Pis s'exprimer sur c'qu'on... Moi j'suis constamment entrain d'le caler. (PC_3 : ben ouais !) Qu'est-ce que tu fais d'bon ? (PC_2 : pff !) J'peux raconter n'importe quoi. Est-ce que ça va bien ? [ironique] Ben oui ! (PC_3 : ça va passer !) Mais non, dans l'fond. Mais là, quand tu dis ça aux gens, ben un moment donné c'est, bon ben elle on l'a rappellera p'us c'est tout l'temps, négatif. Ou c'est... ben, c'est même pas les autres, c'est moi qui s'sent pas bien là-dedans. C'est moi qui a pas l'goût de... (transcription 3, page 24, lignes 1288-1292)

PC_2 : On s'rejette soi-même (PC_5 : mm) hein.

PC_1 : Oui. Ben, pis en même temps, mes amies, c'est pas c'qu'y vivent. (transcription 3, page 24, lignes 1293-1294)

PC_4 : {J'pense qu'on réagit} tout', de façons différentes à ce genre de choses-là. [pause] Parce que moi, un moment donné, j'me suis vraiment senti... senti rejeté par le système. Ça, c'était au pire moment d'ma vie là. J'avais tout', tout', tout', tout', mais tout' perdu. (PC_8 : mm) Mais, j'suis revenu dans l'système ! (PC_3 : uh !) Qu'y l'veuille, qu'y l'veuille pas, moi, excuse, je reviens.

PC_3 : J'suis là !

PC_4 : Exactement. Moi, on ne me traite pas de cette façon-là. [silence] (transcription 5, page 43, lignes 2337-2342)

PC_2 : Parce qu'y a des moments ou est-ce que bon, j'ai appris, instinctivement, à dealer avec, les moments ou est-ce qu'on dirait que j'me sens un peu moins productive. Pourtant, je l'suis quand même quand je regarde autour, mais on dirait que t'sais, le raisonnement y est... [rire] y s'fait moins vite. T'sais j'ai des moments de basse, là. Pis c'est dans c'temps-là qu'on dirait que j... [pause] j'me sens pas productive, j'me sens pas à la hauteur. (transcription 6, pages 3-4, lignes 166-170)

PC_2 : Même... ça peut être social aussi. Ça peut être des très bons amis... à soi. (CW : social, mm-hmm) Et puis... bon. Moi, c'est ça j'ai fait. Là, j'les ai tout' repoussé, mes amis là. Je retournais plus les appels là. (CW : mm-hmm) Quand j'ai touché mon bas fond. (CW : mm-hmm) (PC_4 : ça c'est par rapport à...) Pis j'ai décroché là, du travail. Là, j'me sentais plus du tout à la... (CW : mm-hmm) c'est plate à dire, mais à la hauteur t'sais. (transcription 6, page 35, lignes 1881-1885)

PC_2 : {Ben tu viens} d'me faire cliquer sur autre chose, par exemple. [...] Parce que moi j'ai toujours été dans la surperformance. [...] {Pis chose que j'ai jamais} mentionné ici... mais c'est vrai j'ai fait des burnouts, c'est vrai j'suis une ancienne athlète canadienne. [...] Donc, j'ai performé au niveau canadien... j'ai peut-être mentionné, et j'ai réussi. Donc, j'avais comme deux vies là... ma vie d'travail où j'réussissais très bien, pis j'avais mon sport où j'réussissais très bien. Mais j'étais dans la surperformance. Fait que quand j'suis tombée, j'suis tombée de haut. (PC_3 : ouais. Ouais. Ouais.) T'sais. Pis c'est comme si j'ai la même percept... j'ai comme la même perception qu'y a 15 ans, faudrait que j'sois encore... [pause] (PC_3 : que t'aies tes {médailles d'or, encore}) {que j'sois là, là.} Y a peut-être, [pause] une grandeur là, une démesure, là. (PC_7 : ouais) (transcription 6, page 36, lignes 1915-1928)

CW : ne pas avoir un statut... un certain statut. Pas nécessairement qui est accepté par le système, mais qui... acceptable pour nous.

PC_2 : Pour nous, oui. (transcription 6, page 36, lignes 1939-1941)

CW : ne pas avoir un statut accepté par nous-mêmes ou par... aux yeux des autres.

PC_7 : Et-ou, ben oui, c'est sûr, c'est toujours et-ou.

PC_2 : Statut... Avoir un statut social différent des autres. [pause] Moi j'enlèverais le moindre là mais... (CW : oui oui, y est enlevé. Y est enlevé, oui.) C'est sûr, là. Mais j'trouve qu'c'est bien dit, moi. (transcription 6, page 39, ligne 2086)

PC_3 : {C'est le système social. C'est ton p'tit réseau} social (CW : mm) autour de toi, le système. (PC_7 : {ouais, c'est vrai, [inaudibles : le réseau?], ouais}) (PC_5 : {ben oui, [inaudible : le réseau?], ouais}) Qui accepte pas ton nouveau statut, ou toi, que t'es gêné de te tenir (PC_2 : ok) avec {les anciennes personnes de ta vie.} (transcription 6, page 40, lignes 2107-2110)

PC_9 : La crise identitaire, le stress chronique, pis ta perte d'identité, les trois, j'les ai vécu. (CW : donc, c'est...) En [mois] 2012, (CW : mm-hmm) quand j'ai été déclaré inapte, tu peux p'us travailler, s'en est dangereux pour ta santé. J'pars d'un métier que j'aime de tout mon cœur pis j'me retrouve avec rien. J'm'en va's au chômage. Chômage-maladie, y t'en donne pour douze semaines. C'est douze chèques ça, t'as pas grand chose là. La Régie des rentes d'invalidité, ça prend seize mois avant qu'tu commences à les recevoir. J'finis mon chômage, j'm'en va's à l'aide sociale, y a fallu que j'retourne quatre fois pour pouvoir commencer à recevoir de quoi. Y a fallu que j'fasse remplir, papier médical, par-dessus papier médical, par-dessus papier médical, jusqu'à temps que mon... le spécialiste avec qui que je fais... qui me traite à [l'hôpital], qu'y l'appelle y dit, hey le « tarla » réveille-toi, le monsieur, y paralyse là, sa moelle épinière est atteinte, déniaise là, fais de quoi ! (CW : mm-hmm) Là j'ai commencé à en recevoir mais... Ben moi là, j'ai commencé à perdre tout' là. L'identité, j'me cherchais qui j'suis. J'suis p'us rien là. J'suis p'us rien, mais là j'suis rendu un zéro là. Là, j'me calculais comme étant un

moins que rien, comme quoi j'me faisais vivre su' l'dos des autres. Jusqu'à temps qu'y en est une d'mes proches qui dise, réveille là, tu l'as payé pendant 45 ans d'ta vie, l'aide sociale, t'as droit d'en avoir jusqu'à temps que tu reçoives tes rentes d'invalidité. Tu l'payais. Même on t'enlevait 100 piastres par mois pour donner aux bénéficiaires de l'aide sociale parce que tu gagnais 1200 par semaine. On t'enlevait 100 piastres par semaine pour l'aide sociale, pour que tu puisses [inaudibles : venu d'en?] pour eux autres. Mais tout' ce temps là là, j'me voyais là, j'étais moins que rien. Quand j'suis tombé dans [inaudible : dedans?], c'est encore pire. Ça pris du temps avant d'me relever. (transcription 7, pages 6-7, lignes 326-344)

PC_9 : {Ben moi} j'me sens gêné d'aller à [l'organisme] des fois. [pause]

PC_4 : ... excuse, tu sens quoi ?

PC_9 : J'me sens gêné des fois quand que j'viens à [l'organisme].

PC_4 : Ah ! ça.

PC_7 : Par rapport à quoi, gêné ?

PC_9 : Par rapport à quoi ? (PC_7 : ouais) Parce que moi, [pause] j'me... quand que j'viens ici, j'me sens comme si j'enlèverais quelque chose à quelqu'un qui a plus besoin qu'moi.

PC_4 : Ah mon dieu non. [pause] J'me suis senti comme ça au début.

PC_7 : Sens-toi pas comme ça. [pause] [rire] {Y m'dit oui !} [rire]

PC_9 : Mais malheureusement, {c'est comme ça} que j'me sens.

PC_4 : Ça l'a changé avec le temps parce que les gens ici m'ont dit, non. C'qu'on a ici, tu y as droit. [silence] (transcription 7, page 25, lignes 1348-1359)

PC_9 : La première fois que (PC_8 : mais...) j'suis venu à [l'organisme], c'est madame qui m'a mis à l'aise. (CW : ah oui ?!) Ah ! j'étais gêné, moi, la première fois qu'j'suis venu ici. Elle était à l'autre bout d'la table. Ah les tables étaient carr... {un genre de gros carré là.} (PC_8 : {ah oui oui,} tout l'temps, je suis là-bas ! [rire]) C'est madame qui m'a mis à l'aise. (CW : [rire] ah ben, tant mieux !) Moi j'me sentais pas à ma place pantoute non. (CW : uh-huh. Ok. Ah.) [PC_8 rit] (transcription 7, page 25, lignes 1372-1376)

PC_7 : Ben même chose on part... t'sais, on arrive pis on s'dit, tabarnouche ! t'sais. J'suis p'us autonome, j'peux p'us faire l'épicerie, tout ça, c'est sûr, t'sais quand j'suis arrivée, j'avais comme des émotions, t'sais. Pis un moment donné ben c'est ça t'sais, tu t'y fait que ben regarde, c'est pas possible, c'est pas possible t'sais, pis le service est là, pour qui a besoin. Pis moi ben j'fais partie des gens qui ont besoin, donc. (transcription 7, page 26, lignes 1392-1396)